Prof. univ. dr. Irina Holdevici are o bogată experiență ca psiholog practician psihoterapeut, fiind specializată în hipnoză clinică, relaxare, psihoterapie sugestivă, precum și în autoreglarea comportamentului și optimizarea performanțelor umane.

Această carte, a treisprezecea din cariera autoarei, prezintă principalele orientări teoretice și practice pe care le-au cunoscut psihoterapia și sistemele utilizate în prezent. Textul este susținut de numeroase cazuri clinice reale; în fiecare situație a fost analizată și comentată atitudinea terapeutului.

Lucrarea se adresează psihologilor clinicieni, medicilor, studenților de la facultățile de profil, publicului larg.

ISBN 973-571-256-3

ELEMENTE DE PSIHOTERAPIE

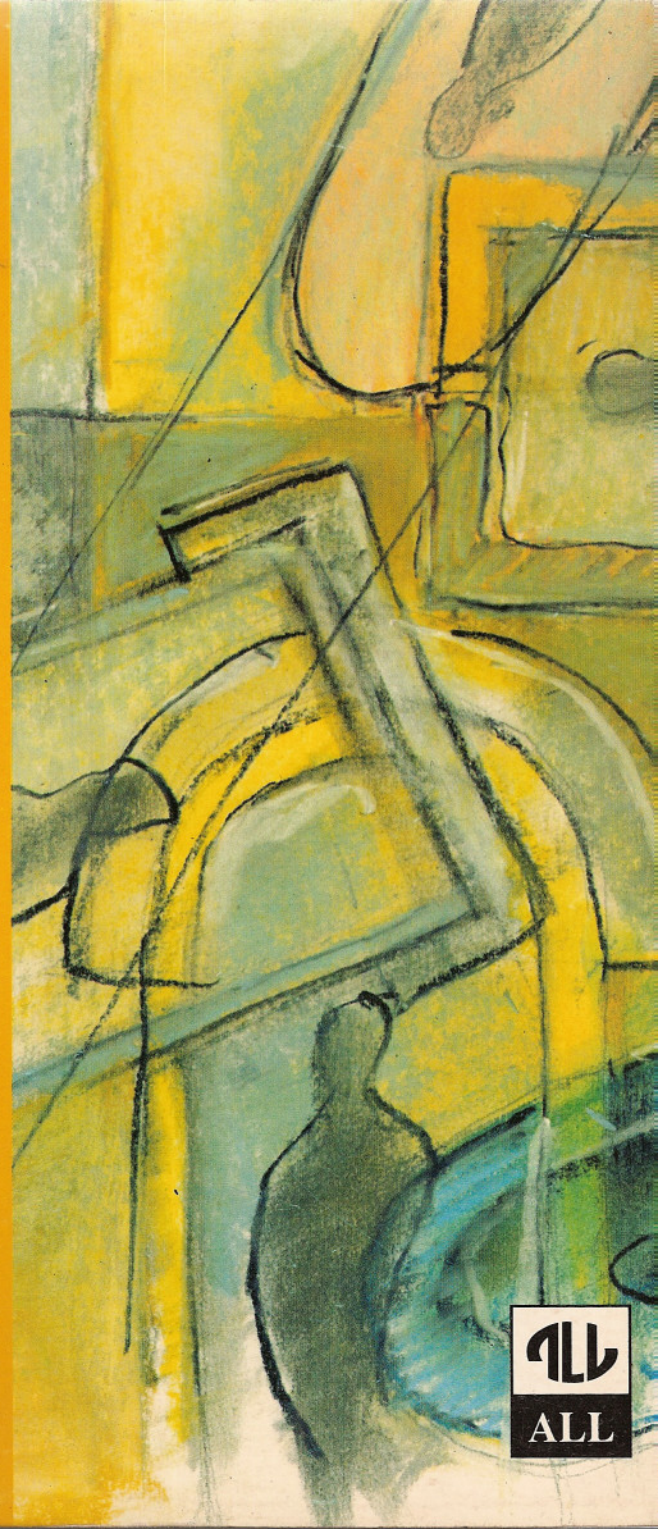
Irina Holdevici

ALL

IRINA HOLDEVICI

ELEMENTE DE PSIHOTERAPIE

EDIȚIE REVĂZUTĂ ȘI ADĂUGITĂ



ALL

ELEMENTE DE PSIHOTERAPIE

ELEMENTE DE PSIHOTERAPIE
IRINA HOLDEVICI

Copyright © 1996, 1997, 1998 - **Editura B.I.C. ALL**
ISBN 973-571-256-3

Toate drepturile sunt rezervate Editurii **B.I.C. ALL**

Nici o parte din acest volum nu poate fi copiată fără permisiunea scrisă a Editurii **B.I.C. ALL**
Drepturile de distribuție în străinătate aparțin în exclusivitate editurii.

Copyright © 1996, 1997, 1998 by **B.I.C. ALL**
All rights reserved.

The distribution of this book outside Romania, without the written permission of **B.I.C. ALL** is strictly prohibited.

Editura **B.I.C. ALL** face parte din **"Grupul Editorial ALL"**

Editura **B.I.C. ALL**
Bucureşti,
Bd. Timişoara nr. 58,
sector 6, cod 76548
☎ 413 11 58, 413 43 21
413 18 50, 311 07 44
Fax: 311 05 65

Departamentul difuzare
☎ 413 03 29, 413 44 75
413 16 12, 311 15 47

Redactor: Emilia Stere
Coperta: Dominic Cernea

PRINTED IN ROMÂNIA

IRINA HOLDEVICI

ELEMENTE DE PSIHOTERAPIE

Ediția a III-a, revăzută şi adăugită

GABRIELA SZILAGYI
Bibliotheca Personalis

ALL
Editura ALL

Cuvânt înainte

Lucrarea prezentă are drept scop o trecere în revistă a principalelor sisteme de psihoterapie utilizate la ora actuală în ţările cu tradiţie în acest domeniu.

Definită ca tratament psihologic, psihoterapia şi-a dovedit de-a lungul timpului eficienţa în tratamentul unor afecţiuni nevrotice şi psihosomatice datorate stresului, unde se pot obţine rezultate foarte bune şi în absenţa tratamentului medicamentos.

Chiar şi în cazul unor boli psihice severe cum sunt psihozele, psihoterapia poate, alături de chimioterapie, să contribuie la o mai bună şi mai durabilă remisiune a acestor bolnavi. Astăzi se manifestă tot mai mult tendinţa ca unele tehnici psihoterapeutice să fie utilizate şi pentru autoperfecţionarea oamenilor fără afecţiuni psihice sau somatice, care doresc să obţină performanţe ridicate în diverse domenii de activitate şi să se bucure de o stare de sănătate cât mai bună.

În ţările occidentale dezvoltate, psihoterapia şi-a câştigat un loc important printre alte metode de tratament, ea fiind practicată de către medici şi psihologi care s-au specializat într-un anumit domeniu al psihoterapiei.

Lucrarea se adresează studenţilor de la secţiile de psihologie şi psihopedagogie specială ai Facultăţii de Sociologie, Psihologie, Pedagogie din cadrul Universităţii din Bucureşti.

În acelaşi timp, lucrarea este utilă şi absolvenţilor secţiilor respective, în vederea completării cunoştinţelor, studenţilor la facultăţile de medicină, medicilor specializaţi în medicina generală precum şi unor cadre din domeniul ştiinţelor educaţiei.

În prima parte a lucrării sunt abordate probleme generale ale domeniului psihoterapiei şi sunt clasificate principalele sisteme psihoterapeutice.

Sunt prezentate în detaliu principiile teoretice şi tehnicile psihoterapiilor de orientare analitică, experienţială şi cele ale psihoterapiilor comportamentale.

O atenţie deosebită este acordată psihoterapiei cognitiv-comportamentale şi psihoterapiei raţional-emotive, orientări moderne în domeniul psihoterapiilor de scurtă durată.

Sunt abordate, de asemenea, problemele psihoterapiei prin joc dramatic, ale orientării strategice în psihoterapia de familie, cât şi unele aspecte mai particulare pe care le îmbracă psihoterapia la copii şi adolescenţi.

În ultima parte a lucrării sunt abordate unele aspecte ale relaţiei dintre psihoterapie şi consilierea psihologică, precum şi dintre psihoterapie şi psihoprofilaxie.

Lucrarea prezintă interes şi pentru publicul mai larg, ţinând seama de faptul că în ţara noastră s-a scris relativ puţin în domeniul psihoterapiei.

Cuprins

1. Probleme generale ale psihoterapiei....1
2. Psihoterapii de orientare dinamică: psihanaliza şi psihoterapiile dinamice post-freudiene....27
3. Psihoterapii de orientare comportamentală....57
4. Psihoterapii experienţiale: psihoterapia centrată pe client, psihoterapia centrată pe grup şi psihoterapiile existenţialiste....69
5. Psihoterapia cognitiv-comportamentală....107
6. Psihoterapia raţional-emotivă....133
7. Psihoterapia scurtă centrată pe obiectiv....148
8. Analiza tranzacţională....158
9. Psihoterapia prin joc dramatic....165
10. Abordarea strategică în psihoterapia de familie....184
11. Psihoterapia prin intervemţie paradoxală....199
12. Metaforă şi ritual în psihoterapie....226
13. Metode de psihoterapie utilizate în cazul copiilor cu probleme....234
14. Psihoterapie şi consiliere psihologică....246
15. Modelul psihoeducaţional în terapie şi consiliere. Psihoterapie şi psihoprofilaxie....261
Bibliografie selectivă....275

CAPITOLUL 1
PROBLEME GENERALE ALE PSIHOTERAPIEI

Mulți oameni au trăit, măcar o dată în viața lor, o situație dramatică pe care au depășit-o, fiind ajutați de sfatul unei rude sau al unui prieten, sau au făcut o schimbare radicală de viață după o anumită experiență care le-a modificat optica, i-a făcut să vadă altfel lucrurile.

Psihoterapia, așa cum este ea aplicată de specialiști, se deosebește însă de demersurile empirice, ea presupunând o aplicare sistematică și conștientă a unor mijloace psihologice de influențare a comportamentului uman.

Psihoterapia se bazează pe supoziția conform căreia, chiar în cazul unei patologii de tip somatic, modul în care individul va percepe și evalua starea sa precum și strategiile adaptative pe care le folosește, joacă un anumit rol în evoluția tulburării și aceste strategii vor trebui modificate în cazul în care dorim ca afecțiunea să evolueze favorabil.

La baza oricărei psihoterapii se află covingerea conform căreia persoanele cu probleme psihologice au capacitatea de a se modifica învățând noi strategii de a percepe și evalua realitatea și de a se comporta. Majoritatea psihoterapeuților sunt de părere că scopul psihoterapiei este să transforme această convingere în realitate.

Deci, în general, obiectivul oricărei psihoterapii constă în a înțelege comportamentul pacientului și a modifica acest comportament astfel încât dificultățile existențiale ale acestuia să fie înlăturate sau măcar diminuate. În acest scop, psihoterapeutul încearcă să realizeze o evaluare a personalității pacientului, căutând să pună în evidență problemele principale și particularitățile psihice al acestuia. Demersul psihoterapeutic va avea apoi ca sarcină să elibereze pacientul de anxietate, depresie sau alte trăiri afective care împiedică adaptarea optimală a acestuia la mediu, trăiri care îi perturbă comportamentul și au efecte negative asupra celor din jur, afectând cele mai importante acțiuni ale vieții individului; activitatea profesională, relațiile interpersonale, viața sexuală, imaginea de sine și autoaprecierea etc.

Psihoterapia este definită ca o acțiune psihologică sistematică, planificată și intențională, având la bază un sistem teoretic conceptual bine pus la punct, și trebuie exercitată de către un psihoterapeut calificat (psiholog sau medic) asupra pacientului. Ea utilizează metode și acțiuni specifice și nu se poate confunda cu simpla acțiune caldă și simpatetică pe care o exercită la nivelul empiric o rudă, un preot sau un prieten foarte apropiat (Watson, 1963).

Psihoterapia poate fi privită și ca o relație interpersonală dintre pacient și psihoterapeut, relație menită să investigheze și să înțeleagă natura tulburărilor psihice ale pacientului în scopul de a corecta aceste tulburări și a-l elibera pe pacient de suferință.

Suferința psihică se poate manifesta sub forma unor atitudini, sentimente, tipuri de comportament sau simptome care creează tulburări pacientului și de care acesta dorește să se elibereze.

Obiectivul major al psihoterapiei constă în a produce modificări în sfera personalității pacientului, modificări care îl vor ajuta pe acesta să realizeze o adaptare mai eficientă, mai puțin dezagreabilă și mai stabilă la mediu. Deși psihoterapia vizează în primul rând simptomele, dificultățile, tulburările și dezadaptările pacientului, ea nu trebuie redusă doar la procesul psihologic de vindecare, ci trebuie să vizeze, pe cât posibil, o restructurare de profunzime a personalității, precum și o mai eficientă reglare și autoreglare a stărilor psihice ale acestuia, să fie preventivă și autoformativă, să urmărească evoluția omului, actualizarea disponibilităților sale latent, și a potențialului său maximal, atât pe plan fizic, cât și spiritual.

Psihoterapia se aplică la o gamă largă de tulburări psihice, începând cu crizele existențiale, tulburările din sfera personalității, nevrozele, afecțiunile psihosomatice, bolile organice cronice și terminând cu susținerea psihoterapeutică a unor pacienți psihotici aflați în faza de remisiune, unde vine în completarea tratamentului psihiatric.

Există și un număr de persoane normale (au succes profesional, familie bine organizată și afectuoasă, și-au îndeplinit multe din obiectivele existenței lor) care vin la psihoterapie pentru că au impresia că nu au trăit la nivelul expectațiilor lor și nu și-au realizat potențialul psihic la nivel maximal. Aceștia, poate și pentru că problemele lor nu sunt atât de grave, pot obține un mare câștig de pe

urma psihoterapiei care îi ajută să-și regleze mai bine procesele și funcțiile psihice, să-și dezvolte creativitatea și să evolueze pe plan spiritual.

Care ar fi categoriile de pacienți care nu beneficiază de avantajele psihoterapiei? Este vorba, în primul rând, de deficienții mintal care sunt incapabili să înțeleagă sensul interpretărilor realizate de psihoterapeut și să ajungă la descoperirea cauzelor și soluțiilor propriilor lor probleme.

De asemenea, persoanele care nu reușesc să realizeze un contact uman, și deci nici relația psihoterapeutică, nu se pot bucura de avantajele psihoterapiei. În această categorie intră unii psihopați și unii pacienți psihotici, mai ales schizofrenii.

Un bun psihoterapeut trebuie să fie atent să nu se fixeze în mod rigid asupra unui diagnostic (care poate fi pus uneori cu superficialitate), ci să abordeze pacientul ca pe o entitate unică, de sine stătătoare, fără a uita că nu există boli, ci bolnavi. Astfel, trebuie explorată lumea interioară a pacientului, slăbiciunile și punctele tari ale acestuia, simptomele ca și posibilitățile sale de vindecare, relațiile acestuia cu sine și cu ceilalți adaptabilitatea, precum și receptivitatea sa pentru o metodă psihoterapeutică sau alta.

Este important de știut faptul că nu există un model standard de normalitate și că modalitățile de adaptare ale omului la mediu sunt foarte variate. Soluția psihoterapeutică eficientă pentru un pacient poate să nu fie eficientă pentru altul. Psihoterapeutul trebuie să aibă în vedere, atunci când începe psihoterapia, pacientul și realitatea situațională a acestuia, să caute să-i deblocheze propriile disponibilități, să-l ajute să trăiască fericit în colectivitate, să se accepte pe sine, să fie eficient din punctul său de vedere, fiind în același timp el însuși. Deci dezideratul psihoterapiei nu este să-l facem pe pacient să semene cu alții, ci să-și restructureze și să-și optimizeze propria configurație a personalității, astfel încât să-și poată rezolva problemele într-un mod matur, realist și mai puțin nevrotic.

Strupp și Hadley (1977) arată că succesul psihoterapiei poate fi evaluat după trei criterii principale;

– trăirea subiectivă a pacientului (dispariția simptomelor; se simte mai bine, e mai mulțumit, mai fericit, mai împăcat cu sine);

– recunoaşterea socială (progresele realizate de pacient în profesie, familie, la învăţătură etc.);

– materializarea expectaţiilor psihoterapeutului în ceea ce priveşte modificările realizate în sfera personalităţii şi în comportamentul subiectului.

Mulţi pacienţi se pot simţi ameliorați, cel puţin temporar, atunci când au reuşit să scape de simptomele neplăcute care îi deranjează şi care i-au determinat să se adreseze unui serviciu de psihoterapie.

Succesul aşteptat de către psihoterapeut este ceva mai greu de atins şi de evaluat mai ales în cazul psihoterapiilor de orientare analitică, unde simpla dispariţie a simptomelor nu este considerată suficientă, ea nefiind sinonimă cu restructurarea de profunzime a personalităţii nevrotice. Deşi pacientul afirmă că se simte bine pentru că a scăpat de simptomele sale (ca de pildă, insomnii, anxietate, dispoziţie depresivă), terapeutul psihanalist poate considera că starea pozitivă a pacientului e pasageră fiind, de pildă, rezultatul unui transfer pozitiv (relaţie emoţională pozitivă cu terapeutul) al pacientului asupra terapeutului şi de a cărui stabilitate terapeutul se îndoieşte. În acelaşi timp terapeutul psihanalist poate considera ameliorarea simptomului doar ca o parte neînsemnată a modificării dorite.

Specialiştii în psihoterapii scurte sunt ceva mai puţin pretenţioşi, ei mulţumindu-se, de cele mai multe ori, să rezolve doar problema de care se plânge pacientul, aşa cum se întâmplă şi în cazul tratamentului medicamentos.

Ca demers ştiinţific psihoterapia trebuie să aibă la bază nişte ipoteze clar formulate şi un sistem de reguli bine stabilite, ce derivă din concepţia teoretică a şcolii psihoterapeutice respective asupra personalităţii umane şi a tulburărilor psihopatologice din sfera acesteia.

Psihoterapeutul trebuie să cunoască legile funcţionării subsistemelor personalităţii, să-şi formuleze clar obiectivele şi treptele necesare atingerii acestora, cât şi metodele de acţiune adecvate fiecărui pacient în parte.

Majoritatea specialiştilor sunt de părere că obiectivele psihoterapiei vizează în principal următoarele aspecte:

1. Scoaterea pacientului din criza existenţială în care se află.
2. Reducerea sau eliminarea simptomelor.

3. Întărirea eului şi a capacităţilor integrative ale personalităţii pacientului.
4. Rezolvarea sau restructurarea conflictelor intrapsihice ale pacientului.
5. Modificarea structurii personalităţii în vederea obţinerii unei funcţionări mai mature, cu o capacitate de adaptare eficientă la mediu.
6. Reducerea (sau înlăturarea dacă este posibil) a acelor condiţii de mediu care produc sau menţin comportamentele de tip dezadaptativ.
7. Modificarea opiniilor eronate ale subiecţilor despre ei înşişi şi despre lumea înconjurătoare.
8. Dezvoltarea la subiecţi a unui sistem clar al identităţii personale.

Aceste obiective nu sunt uşor de atins deoarece adesea viziunea distorsionată despre lume şi imaginea de sine nesănătoasă ale pacientului sunt rezultatul unor relaţii patologice din copilărie, relaţii întărite pe parcursul mai multor ani de experienţă de viaţă. De asemenea, dezadaptările la nivel profesional, marital sau social presupun, pentru a fi rezolvate, şi operarea unor modificări în situaţia de viaţă a persoanei pe lângă intervenţia psihoterapeutică propriu-zisă.

Este greu de presupus că un psihoterapeut, oricât de competent ar fi, va izbuti într-un timp relativ scurt, să restructureze întregul trecut al persoanei, s-o înarmeze cu mijloace adecvate de adaptare valabile în orice situaţie. Totuşi, chiar în cazurile de tulburări psihice cronice, o experienţă psihoterapeutică încununată de succes îl poate face pe individ să câştige o nouă perspectivă asupra propriilor sale probleme, să pună în acţiune noi modele de comportament, să abordeze situaţiile de viaţă dintr-o perspectivă ceva mai adaptată.

Astăzi se apreciază că există foarte multe abordări psihoterapeutice, care merg de la psihanaliza clasică a lui Freud până la utilizarea în psihoterapie a unor tehnici orientale cum ar fi cele de Yoga sau Zen.

Tabel 1. Factorii comuni ai psihoterapiei după Ackerman, Rogers şi Thorne (*cit. Watson, 1963*).

Ackerman	Rogers	Thorne
"Pacientul dezvoltă o relaţie de ataşament faţă de psihoterapeut şi poate să-l identifice pe acesta cu persoane cu care a avut în trecut astfel de relaţii, retrăind modele relaţionale mai vechi. Prin această relaţie pacientul capătă sentimentul securităţii personale, sentiment diferit exprimat ca fiind sentimentul de a fi acceptat, respectat, protejat, iubit etc. Acest sentiment de securitate este generat de sentimentul de încredere şi simpatie şi reprezintă conştientizarea faptului că este cu adevărat înţeles."	"Se stabileşte o relaţie între pacient şi terapeut. Dacă dorim să obţinem un progres real, relaţia între sfătuitor şi sfătuit trebuie să fie încărcată de căldură sufletească."	
"În psihoterapie are loc fenomenul de descărcare emoţională, fenomen denumit prin termenul de catharsis. Atunci când se simte în siguranţă pacientul îşi exprimă emoţiile, impulsurile şi tendinţele în mod spontan şi direct."	"În cursul terapiei se produce o descărcare a sentimentelor din partea pacientului. Acesta îşi conştientizează şi îşi acceptă în mod spontan eul propriu. Pe măsură ce pacientul elaborează un material emoţional, terapeutul îl ajută să recunoască şi să înţeleagă propriile sale trăiri emoţionale. Într-o relaţie interpersonală în cadrul căreia pacientul este acceptat şi nu criticat, acesta este liber să se exprime pe sine fără a pune în funcţiune mecanismele de apărare şi treptat poate să recunoască şi să-şi accepte propriul	"A exprima şi clarifica trăirile afective. De la metoda catharsisului din psihanaliză până la metodele mai moderne, non-obiective, un accent deosebit în psihoterapie a fos pus pe securizarea pacientului în cursul descărcărilor sale emoţionale, cât şi pe expresia liberă a emoţiilor într-un mediu de acceptare permisivă."
	eu, cu toate modelele comportamentale infantile, ca sentimentele agresive, cu ambianţele, cât şi cu ideile mature şi cu aspectele exterioare raţionale."	
"Spre sfârşitul demersului psihoterapeutic avem fenomenul de insight. Acesta rezultă din analizarea continuă a concepţiilor deformate despre sine şi despre relaţiile interpersonale, având ca sistem de referinţă relaţia cu terapeutul. Datorită insight-ului (iluminare, înţelegere intuitivă) percepţia relaţiilor pacientului cu sine însuşi şi cu ceilalţi devine mai obiectivă, mai realistă, ceea ce conduce la o integrare de nivel superior a personalităţii, şi o funcţionare mai eficientă a acesteia."	"În urma unor interpretări succesive insight-ul reprezintă un câştig pe care îl obţine pacientul. Fundamentul psihologic al insight-ului înseamnă, de fapt, autoacceptarea pacientului. Insight-ul este facilitat de interpretările pe care le face psihoterapeutul referitor la modelele de comportament emoţional pe care pacientul nu le conştientizează. Aceste interpretări şi explicaţii nu sunt utile pacientului decât dacă ele sunt înţelese şi acceptate de acesta. De aici derivă termenul de interpretare asimilat."	"Auto-înţelegerea. Orice psihoterapie are ca obiectiv stimularea pacientului să ajungă la înţelegerea şi acceptarea propriei persoane, la obţinerea unei înţelegeri intuitive (insight) referitoare la sentimentele, atitudinile şi motivaţiile propriilor sale comportamente."
În cadrul demersului psihoterapeutic individual un loc important este acordat corectării progresive a percepţiilor deformate, obţinerii unui nivel superior de acceptare a realităţii, a unei discriminări mai rafinate în domeniul relaţiilor interpersonale şi adaptării la viaţa colectivă, cât şi a unei exprimări mai libere şi mai depline a emoţiilor. Toate aceste elemente definesc un proces de evoluţie a personalităţii. Această evoluţie este posibilă datorită climatului special creat de către	A atinge independenţa apelând iniţial la un sprijin - acesta este scopul psihoterapiei. Obiectivul final al fiecărei psihoterapii îl reprezintă educarea şi reeducarea care fac posibilă stabilizarea câştigurilor fundamentale în sfera personalităţii pacientului. Atunci când pacientul îşi stabileşte noi scopuri, terapeutul îl ajută pe acesta să obţină noi informaţii. În demersul complex de obţinere a autonomiei şi independenţei psihice există trepte, urcuşuri şi coborâşuri pe care relaţia cu terapeutul îl face	Reeducarea. Considerând comportamentul uman ca fiind în mare măsură un rezultat al învăţării, psihoterapia are ca obiectiv reeducarea omului şi învăţarea unor noi modele comportamentale cu caracter adaptativ. "Facilitarea maturizării". Recunoaşterea faptului că majoritatea proceselor psihopatologice au la bază matu-

terapeut, climat în cadrul căruia pacientul îl investeşte pe terapeut conform tuturor dorinţelor şi nevoilor sale. În acest context psihoterapeutul îşi minimizează propria sa personalitate pentru a permite exprimarea plenară a personalităţii pacientului. Psihoterapia presupune, de asemenea, un proces progresiv de integrare a unor tendinţe inconştiente în viaţa psihică conştientă, pacientul luând act de aceste tendinţe şi punându-şi sub control conştiinţa. Mai mult, avem de-a face şi cu procesul de testare a realităţii, în cadrul căruia are loc confruntarea dintre percepţiile de natură subiectivă şi elementele realităţii obiective, proces în cursul căruia pacientul învaţă regulile şi natura realităţii obiective şi ajunge să o stăpânească într-o anumită măsură.	pe pacient să le depăşească mai uşor. În cadrul acestor noi experienţe apar noi posibilităţi pentru pacient de a se vedea pe sine mai clar şi de a beneficia de avantajele insight-ului pe care l-a trăit în timpul psihoterapiei.	ritatea şi existenţa unor reacţii regresive conduce la ideea că psihoterapia trebuie să aibă, printre altele, ca obiectiv facilitarea (catalizarea) maturizării, atingerea nivelului cel mai înalt şi complet de dezvoltare de care este capabil individul.
	A realiza o alegere conştientă şi responsabilă. Probabil diferenţa cea mai evidentă dintre psihoterapiile mai recente şi practicile mai vechi constă în măsura în care responsabilitatea propriei existenţe rămâne în mâna pacientului. Terapeutul nu sugerează, nu sfătuieşte, nu caută să convingă.	"Rezolvarea conflictelor şi inconsecvenţelor dintre diferitele instanţe psihice. Atâta timp cât conflictele psihologice şi atitudinile lipsite de consecvenţă psihologică ameninţă integrarea personalităţii, psihoterapia urmăreşte să înlăture refulările şi ambivalenţele psihice."

Factori comuni în psihoterapie

În 1975 Parloff descria peste 140 de sisteme psihoterapeutice bine puse la punct, iar de atunci s-au mai dezvoltat încă multe altele. Deşi partizanii fiecărei şcoli psihoterapeutice afirmă că sistemul lor este cel mai bun, la o analiză mai atentă constatăm că diferenţele dintre aceste sisteme nu sunt chiar atât de mari cum ar părea la prima vedere.

Încă Ackerman (1943), Rogers (1940) şi Thorne (1947) au realizat o sistematizare a principiilor fundamentale care stau la baza psihoterapiei şi care constituie de fapt elementele comune ale unor sisteme psihoterapeutice diferite (vezi tabelul 1).

Analizând tabelul, ajungem la concluzia că în cadrul majorităţii sistemelor psihoterapeutice apar următoarele elemente comune; relaţia stabilită între pacient şi psihoterapeut, exprimarea liberă şi deschisă a trăirilor afective ale pacientului, înţelegerea intuitivă ("insight") a unor probleme psihologice personale, cât şi ideea dezvoltării personalităţii pacientului, a realizării unor disponibilităţi psihice latente ale acestuia, a evoluţiei sale psihologice, în sensul achiziţionării unor modele de comportament, care să conducă la adaptare de nivel superior a personalităţii.

Ne vom opri în mod special asupra unor aspecte ale relaţiei psihoterapeutice.

Relaţia psihoterapeut - pacient

Relaţia psihoterapeutică este o relaţie dintre doi parteneri, dintre care unul solicită iar celălalt acordă ajutorul psihologic. Această relaţie conţine în sine elementele pe care le aduce atât cel care are nevoie de ajutor, cât şi cel care îl oferă (Coleman; Butcher; Carson, 1984).

Contribuţia majoră a pacientului constă mai ales în motivaţia acestuia. Afirmaţia psihologiei umaniste, că omul posedă în el însuşi impulsul interior spre sănătate fizică şi mentală face ca psihoterapia să devină posibilă. Deşi această nevoie este uneori greu de identificat la pacienţi foarte sever tulburaţi, majoritatea oamenilor derutaţi sau anxioşi sunt suficient de descurajaţi pentru a fi dornici de o cooperare care le promite o ameliorare.

Un anumit nivel de colaborare din partea pacientului este absolut necesar pentru succesul psihoterapiei.

Importante sunt şi expectaţiile pacientului de a obţine ajutor, Aceste aşteptări sunt adesea prin ele însele suficiente pentru a produce unele ameliorări (Frank, 1978). Aşa cum un preparat "placebo" înlătură durerea la subiecţii sugestibili, care cred acest lucru, tot aşa, persoanele care se aşteaptă să fie ajutate vor fi ajutate, uneori chiar indiferent de metoda aplicată de terapeut.

În cadrul relaţiei psihoterapeutice terapeutul vine cu o serie de metode şi tehnici foarte precise. Acestea au în comun mai ales menirea lor de a contribui la ajutorul psihologic dat oamenilor aflaţi în suferinţă.

Aceste tehnici îi fac pe pacienţi să se cunoască mai bine, să-şi privească problemele mai obiectiv, dintr-o nouă perspectivă.

Dar descoperirea soluţiei la propriile probleme ("insight-ul") şi obţinerea unei noi perspective reprezintă doar primul pas în psihoterapie, după care pacientul învaţă noi modalităţi de a simţi şi acţiona, capătă mai mult curaj în a-şi asuma responsabilităţi şi a acţiona mai eficient şi cu mai multe satisfacţii personale.

Pentru a induce astfel de modificări, terapeutul trebuie să interacţioneze cu pacientul într-o manieră apropiată şi bazată pe o atitudine de acceptare, pentru a-i câştiga încrederea şi a-i spori motivaţia.

Trebuie precizat însă faptul că anumite particularităţi ale relaţiei terapeut - pacient, cât şi modul de manevrare a acestei relaţii diferă de la o şcoală psihoterapeutică la alta Karasu (1980) descrie trei tipuri de relaţii psihoterapeutice:

1. Relaţia centrată pe realitate şi obiect.

2. Contractul sau alianţa psihoterapeutică.

3. Relaţia de tip transferenţial.

1. **Relaţia centrată pe realitate şi obiect** implică o atitudine calmă, atentă, interesată, empatică din partea psihoterapeutului care se străduieşte să-i creeze pacientului un mediu bazat pe căldură şi înţelegere, mediu care îl va ajuta pe acesta din urmă să atingă obiectivele pe care şi le propune psihoterapia.

Acest mediu îl ajută pe pacient să menţină contactul cu realitatea înconjurătoare urmărind în acelaşi timp obiectivele psihoterapiei.

Sarcina principală în cadrul acestui tip de relaţie este câştigarea încrederii pacientului, ajutându-l pe acesta să vadă în terapeut o

persoană cu comportament constant, previzibil, pe care te poţi baza.

2. **Contractul sau alianţa psihoterapeutică** consideră că succesul oricărei terapii implică o colaborare a două persoane. Acest tip de relaţie este de natură conştientă, raţională şi non-regresivă, în care terapeutul face apel la ego-ul de adult al pacientului, pe care îl tratează ca pe un partener ştiinţific.

Alianţa terapeutică este bazată pe acordul de implicit sau explicit al celor doi parteneri de a lucra împreună în situaţia psihoterapeutică. Atunci când relaţia centrată pe realitate interferează cu alianţa psihoterapeutică, terapeutul poate oscila între cele două tipuri de relaţie.

3. **Relaţia de tip transferenţial**. Este mult accentuată ca instrument psihoterapeutic de psihanaliză. Ea implică fixaţia afectivă a pacientului asupra persoanei terapeutului pe modelul relaţiei părinte - copil. Nevoia afectivă a pacientului, satisfăcută prin intermediul relaţiei centrate pe realitate, este deliberat frustrată de terapeut prin interpretarea transferului, pacientul fiind confruntat cu relaţia sa infantilă.

Mulţi psihoterapeuţi moderni non-analişti sunt de părere că numai în anumite situaţii terapeutul trebuie să încurajeze relaţia de tip transferenţial şi anume când intuieşte că o asemenea relaţie cu aspect regresiv nu va împiedica testarea realităţii de căte pacient, capacitatea sa de a diferenţia realitatea de fantezie. Oricum, terapia nu se încheie până când terapeutul nu-l ajută pe pacient să lichideze dependenţa de tip transferenţial.

Într-o psihoterapie de orientare eclectică, cele trei tipuri de relaţii terapeutice trebuie să fie bine conduse de către terapeut şi echilibrate ca pondere.

Frank (1971) consideră, la rândul său, că toate sistemele psihoterapeutice au, indiferent de orientarea teoretică, nişte elemente comune care stau la baza lor;

- prezenţa unei descărcări de natură emoţională;
- existenţa raţionalizărilor în cadrul interacţiunii pacient - terapeut;
- vehicularea unor informaţii noi care sunt transmise pacientului sub forma unor precepte, reguli de conduită, exemple de viaţă sau

pe care le descoperă pacientul însuşi prin intermediul unei înţelegeri de natură intuitivă ("insight");

- întărirea expectaţiilor pacientului că va obţine suport afectiv şi ajutor din partea terapeutului;
- întărirea experienţelor încununate de succes;
- facilitarea deblocărilor emoţionale.

Aspecte variabile în psihoterapie

Wittkower şi Warnes (1974) subliniau că, deşi este cert că există trăsături comune ale diverselor sisteme de psihoterapie, nu trebuie minimalizate nici diferenţele dintre acestea. Aceste diferenţe sunt accentuate mai ales de acei creatori de sisteme de psihoterapie care simt nevoia să se delimiteze de ceilalţi psihoterapeuţi.

Au existat şi studii experimentale care au comparat diverse sisteme de psihoterapie între ele. Astfel, s-a ajuns la concluzia că, de pildă, psihoterapiile de orientare analitică diferă semnificativ de cele de tip comportamentalist sub aspectul concepţiei teoretice şi al tehnicii aplicate.

O altă problemă care se ridică este aceea că nu orice tip de tratament şi cu atât mai puţin cel psihoterapeutic este potrivit pentru orice individ şi respectiv pentru orice situaţie psihopatologică. Din acest motiv specialiştii s-au ocupat, printre altele, şi de studiul sistematic al criteriilor pentru selecţia pacienţilor pentru diverse tipuri de psihoterapie.

Watson (1963) descrie câteva din criteriile principale în funcţie de care se pot diferenţia diverse sisteme psihoterapeutice;

1. Psihoterapia este privită de unii specialişti ca demers ştiinţific iar de alţii ca o artă.

Aşa cum este practicată astăzi, psihoterapia îşi are rădăcinile în culturile străvechi şi mai poartă în mare măsură amprenta tradiţiilor arhaice. Unii specialişti sunt de părere că nici în ziua de azi psihoterapia nu este un demers pe deplin ştiinţific. Variabilele care intervin în cursul demersului psihoterapeutic sunt atât de complexe, iar interdependenţa acestora atât de complicată, încât experienţa psihoterapeutică este unică în felul ei, fiind în aceeaşi măsură atât artistică, cât şi ştiinţifică.

Oricum, unul dintre obiectivele importante ale psihoterapiei constă în îmbogăţirea cu elemente ştiinţifice, obiective ale demersului psihoterapeutic artistic.

Psihoterapia nu deţine încă un sistem conceptual suficient de bine integrat şi nu posedă o abordare sistemică unitară a problematicii pacientului. De asemenea, nu există o concepţie standard referitoare la natura psihoterapiei, concepţie care să fie acceptată de majoritatea specialiştilor.

2. Personalitatea psihoterapeutului - ca factor de diferenţiere a diferitelor sisteme psihoterapeutice.

Personalitatea psihoterapeutului reprezintă, fără îndoială, un factor important în evoluţia relaţiei interpersonale pe care o presupune psihoterapia. Rezultatele favorabile sau nefavorabile ale psihoterapiei depind în mare măsură de particularităţile personalităţii psihoterapeutului.

S-a afirmat, chiar adesea, faptul că psihoterapeutul potrivit va obţine rezultate bune chiar cu o metodă psihoterapeutică proastă, în timp ce un terapeut nepotrivit va avea eşecuri şi cu o metodă psihoterapeutică adecvată.

Desigur, această afirmaţie este mult exagerată, dar, cu toate acestea, ea conţine un dram de adevăr. Chiar şi diferenţele de puncte de vedere în cadrul unei şcoli psihoterapeutice, cum ar fi diferenţele de vedere dintre psihanalişti sunt în mare măsură datorate diferenţelor de personalitate dintre aceştia. Oberndorf (1946) sublinia faptul că diferenţele de accent pe care le pun diverşi psihanalişti asupra unor aspecte sau a altora din cadrul doctrinei şi practicii psihanalitice au la bază elemente ale talentului şi abilităţii clinice manifestate de fiecare psihoterapeut. Dorinţele şi expectaţiile psihoterapeutului fixează - într-o măsură mai mare sau mai mică - obiectivele psihoterapiei şi modelul de personalitate de care pacientul trebuie să se apropie ca rezultat al psihoterapiei. Dacă terapeutul este înclinat să dorească o modificare totală a personalităţii pacientului, el va fi înclinat să depună toate eforturile pentru a atinge acest obiectiv. Dacă expectaţiile sale sunt mai modeste, el va acţiona în conformitate cu acestea. De exemplu (Watson, 1963), un terapeut va considera că demersul său este încununat de succes dacă un homosexual s-a împăcat cu deviaţia

sa, în timp ce altul este convins că orice altă situaţie, cu excepţia trecerii la heterosexualitate, este un eşec terapeutic.

3. Diferenţe între diverse şcoli psihoterapeutice în ceea ce priveşte pregătirea de bază şi antrenamentul profesional al psihoterapeutului.

Aceste diferenţe sunt puse în evidenţă de faptul că un psihiatru, de pildă, are tendinţa (deşi acest fenomen nu este obligatoriu) să abordeze pacienţi cu tulburări psihice mai severe. Psihologul, în schimb, are tendinţa (deşi nici aici nu putem face o generalizare prea largă) de a aborda cazuri mai uşoare.

4. Diferenţe între diversele metode de psihoterapie reprezentând natura problemelor de rezolvat.

Procedeele şi metodele aplicate în cursul psihoterapiei nu ţin doar de structura personalităţii psihoterapeutului, ci şi de problemele şi de personalitatea pacientului, de condiţiile în care se desfăşoară psihoterapia, de severitatea simptomelor, cât şi de multitudine de alţi factori. Metodele aplicate în cazul unui elev cu dificultăţi şcolare diferă de cele aplicate în cazul unui nevrotic vârstnic sau al unui psihotic aflat în faza de remisiune.

Varietatea problemelor umane pe care le ridică pacienţii reprezintă tot atâtea surse de diferenţiere în ceea ce priveşte metodologia şi tehnica psihoterapeutică.

5. Diferenţe între diversele sisteme psihoterapeutice datorate unor factori limitativi exteriori actului psihoterapeutic.

➤ Knight (*cit. Watson, 1963*) descrie o serie de factori care limitează obiectivele ce pot fi atinse în urma psihanalizei, factori ce intervin şi în alte sisteme psihoterapeutice.

a) Nivelul intelectual al pacientului

Desigur, eficienţa cognitivă poate fi îmbunătăţită dacă individul este mai puţin nevrotic şi deci mai puţin sfâşiat de conflicte, dar cu toate acestea nivelul nativ al inteligenţei nu poate fi modificat.

b) În urma curei psihanalitice nu pot să apară talente sau abilităţi pe care pacientul nu le-a avut măcar în plan potenţial. Ca şi în cazul eficienţei cognitive, se poate însă spera deblocarea unor resurse latente care nu au funcţionat din cauza anxietăţii şi inhibiţiilor pacientului.

c) Este de la sine înţeles că nu putem spera ca prin psihanaliză să se modifice aspectul fizic al pacientului (cel mult o scădere ponderală în cazurile de obezitate uşoară), sau să se rezolve eventualele handicapuri pe care le are acesta în plan fizic. Putem cel mult spera ca el să se adapteze mai bine la defectul său.

d) Succesele psihoterapiei sunt limitate şi de dificultăţile, stresurile şi frustrările vieţii cu care pacientul trebuie să se confrunte permanent în ciuda celor învăţate în cursul psihoterapiei. Chiar şi cel mai bine psihanalizat pacient poate claca dacă i se întâmplă o nenorocire de proporţii, aşa cum se poate întâmpla şi unei persoane normale, care nu a fost niciodată nevrotică.

e) Statutul social-economic al pacientului limitează, la rândul său, accesul unei largi categorii de persoane la psihoterapie şi mai ales la psihoterapiile de lungă durată, cum ar fi psihanaliza.

6. Diferenţa între diversele şcoli psihoterapeutice în ceea ce priveşte abordarea relaţiei psihoterapeut - pacient.

Deşi are multiple aspecte comune, relaţia pacient - terapeut poate fi utilizată în mod diferit, în funcţie de orientarea teoretică a psihoterapeutului.

➤ Allen (*cit. Watson, 1963*) diferenţiază următoarele modalităţi de utilizare a relaţiei psihoterapeutice;

- modalitatea autoritară, în cadrul căreia psihoterapeutul îi spune pacientului ce are de făcut, îi stabileşte planurile şi programe de recuperare orientate spre învingerea dificultăţilor sale. O formă mai puţin directă de utilizare a manierei autoritare o reprezintă aplicarea sugestiilor terapeutice în stare de veghe sau în stare de hipnoză.

Acest gen de terapie, bazat pe autoritate, se aseamănă în mare măsură cu tratamentele efectuate cu mijloace exterioare cum ar fi, de pildă, utilizarea medicamentelor;

- o altă modalitate de utilizare a relaţiei psihoterapeutice este denumită de Allen "genetică" sau "cauzală". Această abordare tinde să utilizeze relaţia psihoterapeutică pentru a ajunge la sursa istorică a problemelor şi dificultăţilor pacientului. Se urmăreşte conştientizarea unui conţinut inconştient, a unor nevoi şi impulsuri reprimate, se retrăieşte experienţa trecută a pacientului în cadrul relaţiei psihotera-

peutice, în scopul de a elibera anxietatea acumulată în cadrul unor experienţe timpurii ale pacientului. Accentul cade pe relaţia de tip transferenţial care stă la baza producerii insight-ului psihoterapeutic. Se analizează ceea ce a fost pacientul în cursul istoriei vieţii sale, pentru a-l ajuta să-şi clarifice conflictele care stau la bază structurii eului actual. O asemenea înţelegere şi utilizare a relaţiei psihoterapeutice este specifică terapiei psihanalitice;

- a treia modalitate de concepere a relaţiei psihoterapeutice este aceea prin care această relaţie este privită ca o experienţă directă, imediată. Psihoterapeutul îşi începe demersul abordând pacientul aşa cum este el în acel moment şi caută să-l ajute să-şi dezvolte disponibilităţile latente astfel încât să-şi accepte şi să-şi utilizeze eul în mod mai creativ. Deşi ceea ce a fost rău rămâne în atenţia terapeutului, acesta manifestând înţelegere faţă de dificultăţile pacientului, accentul cade pe ce trebuie să facă individul pentru a depăşi situaţia negativă, pentru a înlătura ceea ce a fost şi mai este încă rău. Această abordare este specifică psihoterapiei non-directive.

7. Diferenţe între diversele şcoli psihoterapeutice şi în ceea ce priveşte necesitatea psihodiagnozei realizate înainte de începerea psihoterapiei. Dacă majoritatea autorilor sunt de părere că o cunoaştere psihologică a pacientului este absolut necesară, există şi opinii contrare. De pildă, Rogers - părintele psihoterapiei non-directive - respinge psihodiagnoza pe care o consideră prea autoritară.

Aprecierea lui Rogers poate, într-o oarecare măsură, fi valabilă în cazul unor afecţiuni nevrotice sau psihosomatice care ar putea beneficia de avantajele unei psihoterapii non-directive, dar acest principiu nu poate fi aplicat în cazul pacienţilor psihotici, cu tulburări neurologice, la unii psihopaţi sau la pacienţii cu risc suicidar. Mulţi autori sunt de părere că aceste categorii de pacienţi nici nu trebuie să fie acceptate pentru a urma o psihoterapie non-directivă.

8. Diferenţele între diversele sisteme psihoterapeutice rezultă şi din analiza criteriilor care stau la baza clasificării diverselor sisteme de psihoterapie.

➤ Harper (1975) trece în revistă peste 36 de sisteme de psihoterapie pe care le împarte în două mari categorii; psihoterapii

orientate în principal pe latura emoţional-afectivă şi psihoterapii cognitive.

➤ Rychlak (1969) clasifică sistemele psihoterapeutice în funcţie de concepţia filosofică aflată în baza lor:

- psihoterapii mecaniciste;
- psihoterapii umaniste.

➤ Watson (1963) discută şi el diferenţele existente între psihoterapiile reconstructive şi cele de suport, precum şi între cele de profunzime şi cele centrate pe simptom;

a) Psihoterapia reconstructivă în opoziţie cu psihoterapia suportivă.

Termenul de psihoterapie de reconstrucţie se utilizează pentru a denumi acele tehnici psihoterapeutice care îşi propun ca obiectiv modificarea structurii personalităţii subiectului. Psihoterapia de suport nu îşi propune asemenea obiective temerare, ci doar să-l susţină pe individ să depăşească anumite situaţii de criză. Delimitarea între psihoterapiile de reconstrucţie (dintre care cea mai cunoscută este psihoterapia psihanalitică) şi cele suportive este doar relativă, pentru că psihoterapiile de reconstrucţie conţin elemente suportive, iar psihoterapiile suportive contribuie într-o oarecare măsură la producerea unor modificări în sfera personalităţii pacientului.

De regulă, psihoterapiile de reconstrucţie sunt denumite de specialişti "psihoterapii de dezvăluire" sau "de insight" în timp ce "terapiile de suport" mai pot fi denumite şi "psihoterapii de acoperire", deoarece, în cazul acestora, pacientul este ajutat prin diverse metode cum ar fi încurajarea, sfătuirea, sugestia, hipnoza (excepţie face tehnica hipoanalizei) să uite de problemele sale principale, să-şi ignore şi să reprime dificultăţile.

Trebuie subliniat încă o dată faptul că, centrale sau periferice, elementele suportive sunt prezente în orice psihoterapie.

În cadrul unor tehnici de psihoterapie suportul nu este nimic altceva decât un rezultat secundar al relaţiei pacient - terapeut, cum se întâmplă de pildă în cadrul psihanalizei clasice. Psihoterapiile suportive utilizează susţinerea pacientului nu în mod episodic şi accidental, ci ca tehnică aplicată constant şi deliberat, prin administrarea unor

sfaturi, asigurări, prin acordarea simpatiei, încurajărilor şi recompenselor emoţionale pacientului aflat în terapie.

Ceea ce se înţelege în mod frecvent prin consiliere nu este altceva decât psihoterapie suportivă. Consilierea presupune, de regulă, un număr mai redus de şedinţe, se ocupă mai ales de tulburări cu caracter reactiv şi mai puţin de conflicte intrapsihice serioase, pune accent pe factorii de natură intelectuală şi abordează în general cazuri cu tulburări mai puţin severe.

Scopul psihoterapiei suportive este să-l ajute pe pacient să înveţe cum trebuie să trăiască mai adaptat la propriile sale dificultăţi sau să-l ghideze pe acesta în traversarea unei perioade de stres, căreia trebuie să-i facă faţă mai bine.

După Frenck şi Alexander (1946) psihoterapia suportivă este indicată în două categorii opuse de situaţii; una în care nu este necesară o modificare a personalităţii pacientului, eficienţa acestuia fiind doar temporar perturbată de condiţii exterioare neprielnice, iar cea de a doua - în care perturbarea de personalitate este atât de puternică încât este greu de presupus că s-ar mai putea produce o schimbare structurală a pacientului.

b) Psihoterapii de profunzime, în contrast cu psihoterapiile exclusiv pe simptom.

Simptomul reprezintă încercarea spontană şi de cele mai multe ori inconştientă a pacientului de a se adapta dificultăţilor vieţii. Clinicianul le consideră adesea nu ca semnificative prin ele însele ci ca indicatori ai unei dezadaptări de mai mare profunzime, Simptomele sunt considerate ca modalităţi prin care se exprimă perturbările din sfera personalităţii pacientului. Dacă această structură de personalitate se echilibrează şi se armonizează dispar şi simptomele.

Deşi simptomele nu reprezintă obiectivul final al unei psihoterapii de profunzime, aceasta nu înseamnă că nu există demersuri psihoterapeutice centrate direct pe simptom. În cadrul acestora psihoterapeutul îşi propune scopuri mai modeste şi limitate care presupun nu reconstrucţia personalităţii pacientului ci eliberarea de un simptom deranjant. Asemenea obiective pot fi stabilite atunci când unele condiţii exterioare se opun unei terapii de mai mare profunzime, condiţii cum ar fi lipsa timpului sau a unor resurse financiare din partea pacientului. Există şi situaţii în care psihoterapeuţii contraindică o psihoterapie mai profundă pentru că resursele psihologice ale

pacientului sunt limitate sau acesta poate fi astfel structurat încât un tratament care ar pătrunde în abisurile personalităţii sale să nu fie dorit.

De asemenea, diverse situaţii de viaţă pot impune un tratament simptomatic, ca de pildă în cazul în care simptomul este deosebit de sever şi invalidant, cum ar fi cazul unor atacuri de panică.

Terapia centrată pe simptom se practică pe o scară destul de largă. Eliberat de simptomul deranjant, individul capătă o anumită libertate de acţiune şi adesea această eliberare reprezintă singurul obiectiv pe care el îl aşteaptă de la psihoterapeut.

Există, desigur, pericolul ca înlăturarea simptomului să lase pacientul fără un substitut adecvat de adaptare la situaţia psihotraumatizantă, aceasta petrecându-se mai ales atunci când nu au fost abordate conflictele şi problemele mai profunde ale pacientului. Una din consecinţele posibile ale psihoterapiei centrate exclusiv pe simptom este substituţia de simptom, adică apariţia altui simtom, uneori chiar mai sever decât cel care a fost înlăturat. Din fericire, astfel de situaţii nu apar prea frecvent în cursul psihoterapiei.

➤ Frank (1946) consideră că tratamentul psihoterapeutic centrat pe simptom nu trebuie minimalizat cel puţin pentru următoarele raţiuni;

1. Se realizează un atac frontal asupra procesului psihopatologic.
2. Înlăturarea simptomului poate facilita abordarea tulburării care stă la baza producerii lui.
3. Înlăturarea simptomului conduce la dispariţia tulburărilor emoţionale care rezultă din experienţa acestuia (sunt secundare simptomului).
4. O dată ce simptomul a fost înlăturat are loc o modificare în sens pozitiv a atitudinii pacientului faţă de psihoterapeut.

Oricum, dacă este ceva de reproşat tratamentului centrat exclusiv pe simptom, aceste reproşuri trebuie adresate într-o măsură mai mare tratamentului psihiatric medicamentos care, departe de a ajunge la rădăcinile problemei psihologice ale pacientului, nu face decât să înlăture simptomele fără a oferi persoanei o soluţie mai bună de viaţă. Astfel de tratamente sunt, de pildă, tratamentele cu antidepresive, anxiolitice, tranchilizante sau analgezice.

Karasu (1980) clasifică sistemele psihoterapeutice în raport de trei concepte de bază, fiecare şcoală psihoterapeutică pivotând, cu

precădere, în jurul unuia din aceste concepte. Cele trei concepte-criterii sunt; dinamic, comportamental şi experienţial.

Fiecare concept în funcţie de care autorul împarte sistemele psihoterapeutice constituie de fapt un domeniu tematic, un sistem de referinţă în raport de care este interpretată natura relaţiei terapeut - pacient (tabel 2 şi 3).

Categoriile profesionale care practică psihoterapia

Multe categorii profesionale au dat sau dau sfaturi oamenilor tulburaţi emoţional, realizând un fel de psihoterapie empirică. Medici de diverse specialităţi realizează acest lucru suplimentar pe lângă preocuparea lor de bază pentru sănătatea fizică a oamenilor chiar şi atunci când, în cadrul specialităţii lor, au puţine cunoştinţe psihologice şi puţin timp la dispoziţie pentru consiliere.

În ţările dezvoltate medicii au însă cunoştinţe suficiente pentru a recunoaşte o afecţiune psihică şi pentru a trimite pacientul la un serviciu de specialitate.

O altă categorie profesională care se ocupă de problemele emoţionale ale oamenilor o reprezintă clericii. În unele ţări preoţii primesc chiar o anumită instrucţie psihologică pentru a fi mai competenţi în rezolvarea problemelor enoriaşilor, în timp ce alţii se limitează doar la sfaturi ce privesc problemele religioase.

Să vedem care este situaţia în Statele Unite, ţara cu cea mai dezvoltată tradiţie în domeniul psihoterapiei? (Coleman; Butcher; Carson, 1984). În S.U.A. cei care fac psihoterapie propriu-zisă, de nivel ştiinţific şi sunt special pregătiţi pentru asta, sunt profesioniştii din domeniul sănătăţii mentale: psihiatrii, psihologii clinicieni şi - pentru probleme mai simple - asistenţii sociali din cadrul respectivelor servicii.

Psihiatrul care practică psihoterapia este absolvent al Facultăţii de medicină, doctor în ştiinţe medicale şi are o specializare de cel puţin trei ani în psihiatrie şi a urmat unul sau mai multe cursuri de psihoterapie fiind supervizat de un psihoterapeut competent.

Tabel 2. Principalele forme de psihoterapie în raport cu criteriile; dinamic, comportamental şi experienţial (*Karasu, 1980*).

Psihoterapii								
Dinamice		**Comportamentale**		**Experienţiale**				
Forma	Reprezentaţii	Forma	Reprezentaţii	Forma	Reprezentaţii
Psihanaliză Clasică	Freud	Psihoterapia prin inhibiţie reciprocă	Wolpe	Analiza existenţială	Binswanger
Psihologia analitică	Jung	Terapia implozivă	Stampfl	Daseinanaliza	Boss
Terapia voinţei	Rank	Terapia reflex-condiţională	Salter	Logo-terapia	Frankl
Terapia analitică activă	Stekel	Terapia bazată pe teoriile învăţării	Dollard	Terapia bazată pe client	Rogers
Psihologia individuală	Adler	Psihoterapia bazată pe învăţarea socială	Rotter	Gestalt-terapia	Paerls
Psihiatria interpersonală	Sullivan	Terapia modelată	Bandura	Terapia psiho-imaginativă	Shorr
Psihoterapia intensivă	Fromm; Reichman	Psihoterapia directivă	Thorne	Terapia experienţială	Whitaker

Tabel 2. Principalele forme de psihoterapie în raport cu criteriile; dinamic, comportamental şi experienţial (*Karasu, 1980*).

Psihoterapii					
Dinamice		**Comportamentale**		**Experienţiale**	
Forma	Reprezentaţii	Forma	Reprezentaţii	Forma	Reprezentaţii
Psihanaliză Clasică	Freud	Psihoterapia prin inhibiţie reciprocă	Wolpe	Analiza existenţială	Binswanger
Psihologia analitică	Jung	Terapia implozivă	Stampfl	Daseinanaliza	Boss
Terapia voinţei	Rank	Terapia reflex-condiţională	Salter	Logo-terapia	Frankl
Terapia analitică activă	Stekel	Terapia bazată pe teoriile învăţării	Dollard	Terapia bazată pe client	Rogers
Psihologia individuală	Adler	Psihoterapia bazată pe învăţarea socială	Rotter	Gestalt-terapia	Paerls
Psihiatria interpersonală	Sullivan	Terapia modelată	Bandura	Terapia psiho-imaginativă	Shorr
Psihoterapia intensivă	Fromm; Reichman	Psihoterapia directivă	Thorne	Terapia experienţială	Whitaker

Analiza caractero-logică	Horney	Terapia prin decizii directe	Greenwald	Terapia experiențială	Gendlin
Şcoala culturală	Fromm	Terapia de confruntare şi rezolvare de probleme	Garner	Analiza bio-energetică	Lowen
Analiza ego-ului	Klein	Terapie asertiv-structurală	Phillips	Analiza structurală	Rolf
Şcoala de la Chicago	Alexander French	Terapia bazată pe constructe personale	Kelly	Antrenamentul autogen Schultz; Lute	Schultz Lute
Terapia sectorizată	Deutsch	Terapia raţional-emotivă	Ellis	Meditaţia transcedentală; Yoga; Nirvana-terapia	
Psihoterapia obiectivă	Karpman	Terapia integrativă	Drakeford	Psihoterapia Zen	Watts
Psihoterapie scurtă (analitică)	Sifneos; Malan Bellak	Terapia realităţii	Glasser	Psihoterapia psihedelică	Osmuno
Analiza directă	Rosen	Psihoterapia filosofică	Sahakian		

Terapia psiho-biologică	Meyer	Antrenamentul de bază de bio-feed-back	Green		
Terapia bio-dinamică	Masserman				
Psihodinamica adaptativă	Rado				
Hipnoanaliza	Wolberg				
Analiza caracterială, vegeto-terapia	Reich				

Tabel 3. Principalele direcţii tematice de abordare terapeutică în cadrul celor trei tipuri de psihoterapie (*Karasu, 1980*).

	Abordarea		
Problema	Dinamică	Comportamentală	Experienţială
Preocuparea principală	Represiunea sexuală	Anxietatea	Alienarea
Concepţia psihopatologică (cauza apariţiei simptomelor)	Conflicte de natură instinctuală, dorinţe libidinale timpurii care rămân în afara conştiinţei, absenţa conştientizării	Deprinderi învăţate, comportamente deficitare sau în exces, care au fost întărite de factori din mediu	Disperarea existenţială. Pierderea posibilităţilor umane, fragmentarea eului, lipsa de congruenţă în cadrul experienţei personale
Conceptul de sănătate psihică	Rezolvarea conflictelor refulate, victoria ego-ului asupra Id-ului, întărirea egoului	Reducerea (înlăturarea simptomelor); absenţa simptomelor şi/sau reducerea anxietăţii	Auto-realizarea potenţialului uman; autodesăvârşirea personală, câştigarea autenticităţii şi spontaneităţii.
Modul în care se realizează schimbarea	Realizarea unui insight profund; înţelegerea problemelor din trecutul personal (copilărie). Înţelegere intelectual-emoţională	Învăţarea directă a modului cum trebuie să se comporte subiectul în prezent, a modului de acţiune şi de realizare a performanţelor	Trăirea experienţei imediate; trăirea sentimentului momentului actual; exprimarea spontană a experienţei
Perspectiva temporală	Istorică: trecutul subiectiv	Non-istorică: prezentul obiectiv	An-istorică: momentul fenomenologic

Tipul de tratament	De lungă durată şi intensiv	De scurtă durată şi non-intensiv	De scurtă durată şi intensiv
Sarcina terapeutului	Să înţeleagă conţinutul mental de natură inconştientă al subiectului, semnificaţiile sale ascunse în istoria vieţii bolnavului	Programarea, recompensarea, inhibarea sau elaborarea unor noi răspunsuri comportamentale adecvate (sănătoase) la stimulii anxiogeni	Învăţarea pacientului să interacţioneze într-o atmosferă de acceptare mutuală pentru a-şi dezvolta exprimarea eului (de la planul somatic la cel psihic şi spiritual).
Tehnica psihoterapeutică de lucru	Interpretările. Asociaţiile libere, analiza transferului, rezistenţelor, actelor ratate şi viselor	Condiţionare. Desensibilizare sistematică. Întăriri pozitive şi negative; elaborarea unor modele comportamentale noi.	Interacţiunea. Dialogul mutual. Dramatizarea (jucarea propriilor sentimente). Trăiri experimentale. Jocuri.
Modul de tratament (modelul terapeutic)	Medical; de tipul relaţiei medic-bolnav, părinte-copil (autoritar, bazat pe un contract terapeutic)	Educaţional; profesor- elev, părinte-copil, (autoritar, bazat pe o convenţie de învăţare)	Existenţial; de la om la om; de la adult la adult (egalitar) bazat pe o înţelegere umană).
Natura relaţiei psihoterapeutice	Transferenţială şi realizată doar pentru terapie; primară în raport cu terapia; neautentică	Relaţie reală dar secundară terapiei; absenţa relaţiei	Relaţie reală, primară în raport cu terapia autentică
Rolul terapeutului	Interpretare-reflectare. Indirect, nepasional; frustrant	Sfătuitor-formator; direct pentru rezolvare de probleme, practic	De acceptare mutuală. Interacţiune, permisiv; gratificant

Psihologul clinician care practică psihoterapia este absolvent al unei facultăți de psihologie, doctor în psihologie, cu specializarea în domeniul psihologiei clinice, psihopatologiei, teoriilor personalității, consilierii psihologice și psihoterapiei.

Mulți psihologi clinicieni obțin o instruire specială în psihoterapie în afară de instruirea în domeniul psihopatologiei și psihologiei clinice.

Asistenții sociali din S.U.A. sunt, de regulă, pregătiți la nivel mediu în domeniul științelor sociale, dar pot avea și pregătire universitară sau doctorat de la o școală superioară de asistență socială.

În S.U.A. asistenții sociali se ocupă mai mult de consilierea familiară, supraveghează și evaluează aspectele din teren și în unele situații chiar aplică unele tehnici psihoterapeutice pentru care au calificarea necesară (se preocupă de măsura în care condițiile sociale care întreține tulburarea pot fi ameliorate).

La noi în țară, psihoterapia este practicată de către medici psihiatri și psihologi care au obținut o inițiere într-una sau mai multe tehnici psihoterapeutice. După 1990 s-a înființat Secția de asistență socială în cadrul Facultății de Sociologie, Psihologie, Pedagogie.

CAPITOLUL 2
PSIHOTERAPII DE ORIENTARE DINAMICĂ: PSIHANALIZA ȘI PSIHOTERAPIILE DINAMICE POST-FREUDIENE

Punctul de vedere dinamic în psihologie își are originea în fizică și pornește de la ideea că orice fenomen psihic este rezultatul interacțiunii unor forțe. Conform acestei concepții, ființa umană este o structură complexă, determinată de jocul agitației turbulente a unor forțe intrapsihice aflate în conflict.

Psihoterapia dinamică reprezintă o formă de tratament psihologic care abordează personalitatea din perspectivă psihodinamică, exemplul cel mai ilustrativ reprezentându-l psihanaliza lui Freud.

Există unii autori care includ în cadrul psihoterapiilor de orientare dinamică nu numai psihanaliza și terapiile derivate din aceasta, ci și alte sisteme psihoterapeutice, ca de pildă, cele de orientare existențială. Lazarus, (1976), a numit aceste terapii - terapii dinamice sau terapii bazate pe insight.

Opinia noastră este că, deși în cadrul unor școli de orientare existențialistă intervin elemente dinamice, iar insight-ul are un loc important, caracteristicile lor generale le fac să aparțină mai curând orientării experiențiale în psihoterapie.

Terapiile psihodinamice pun accent pe descoperirea de către pacient a variatelor procese psihologice de natură inconștientă, procese ce stau la baza structurii personalității sale și a formării mecanismelor sale adaptative. Aceste descoperiri bruște și intuitive ale pacientului sunt cunoscute sub denumirea de "insight" sau iluminare.

Prin intermediul insight-ului pacientul descoperă de fapt sursele și motivele ascunse care stau la baza comportamentelor și problemelor sale.

În teoria freudiană se presupune că aceste elemente s-au structurat în copilărie, sunt de natură inconștientă și relativ inaccesibile persoanei.

Sarcina principală a terapiei dinamice este să-l ajute pe pacient să descopere ce se întâmplă cu el, să obțină insight-ul propriilor sale probleme și să utilizeze înțelegerea obținută pentru a-și modifica stilul perturbat de a reacționa și de a se comporta.

Această abordare își are originea în teoriile și practica psihanalizei freudiene, dar a fost modificată și structurată și în diverse alte sisteme psihoterapeutice, fiecare din acestea având o anumită concepție despre natura umană și aparținând unui anumit întemeietor de școală (cum ar fi, de pildă, Carl Jung sau Erich Fromm, care au considerat sistemul lui Freud inadecvat sau incomplet).

În ciuda diferențelor, aceste sisteme diverse de psihoterapie se asemănau prin aceea că sunt de părere că psihoterapia trebuie să releve pacientului ce nu este în regulă cu viața sa psihică și pornind de la aceasta, trebuie să-l ajute să elaboreze noi modele comportamentale mai eficiente.

Aceste psihoterapii au cel puțin două trăsături comune:

1. Toate utilizează discuția cu pacientul ca instrument de bază în cadrul tratamentului psihologic și pacientul este cel care decide în general despre ce anume se va vorbi. Terapeutul poate influența deciziile sale în mod direct sau indirect, dar majoritatea terapiilor bazate pe insight îi minimalizează rolul punând pacientul în centrul psihoterapiei.

2. Deși există și excepții, în majoritatea terapiilor psihodinamice tradiționale, cum ar fi, de pildă, psihanaliza, psihoterapeutul tinde să adopte mai curând o atitudine profesională decât una cu caracter personal, solicitând de la pacient date cu privire la viața sa personală, fără a se comporta ca un prieten sau ca o cunoștință apropiată.

Există numeroase diferențe în ceea ce privește strategia sau tactica abordării psihoterapeutice. Astfel, de pildă, psihanaliza ortodoxă impune pacientului între 3 și 5 ședințe pe săptămână, ședințe ce se întind pe mai mulți ani.

Neo-freudienii și multe alte psihoterapii consideră că este necesară o perioadă mai scurtă de tratament, ajungându-se uneori la câteva săptămâni sau luni, doar cu o singură ședință săptămânal.

Psihoterapiile de orientare psihodinamică plasează deci responsabilitatea conținutului despre care se va vorbi în cursul psihoterapiei pe umerii subiectului, terapeutul intervenind cu rezervă în cadrul acestui proces și numai pentru a ghida conținutul comunicării.

Principiile de bază ale terapiilor psihodinamice

Principiul de bază sau cheia acestor terapii îl reprezintă noțiunea de "insight". Toate aceste terapii sunt de părere că pacienții lor nu au fost capabili să urmeze preceptul lui Socrate - "cunoaște-te pe tine însuți".

Pacientul posedă o serie de scopuri de viață, atitudini, motive, opinii în legătură cu sine însuși de care este conștient și pe care se străduiește să le urmeze, cât și un set de motivații și conflicte inconștiente care își au originea în relațiile și experiențele din copilăria sa. Prezența acestor conținuturi de natură inconștientă în perioada adultă poate fi nocivă pentru pacient din cel puțin două motive;

- ele sunt specifice relațiilor din copilărie, care nu mai există. Cu alte cuvinte aceste relații sunt caracterizate prin imaturitate și egocentrism;
- în al doilea rând, nefiind conștientizate, ele operează din umbră, dar eficient asupra pacientului aflat în perioada prezentă, scăpând controlului rațional al acestuia.

Astfel, pacientul nu mai poate să fie acea persoană care ar dori să fie, pentru că, fără a fi capabil să și-o mărturisească deschis, el de fapt dorește să facă în același timp lucruri incompatibile, se află în permanent conflict cu sine însuși și din acest motiv se simte mereu amenințat și frustrat.

Soluțiile pe care le găsește pacientul la această situație sunt ineficiente pentru că ele pun în acțiune mecanisme defensive care reprezintă moduri nerealiste de adaptare, generatoare de tulburări. Aceste tulburări se pot exprima sub forma unor tulburări de natură emoțională cum ar fi anxietatea, depresia, comportamentul simptomatic, funcționarea neadecvată sau acuzele somatoforme.

Aceste simptome îl aduc la psihoterapeut căruia îi solicită ajutorul. În ochii pacientului acestea sunt tulburările pentru care el consideră că are nevoie de tratament.

Insight-ul se referă la descoperirea acestor forțe inconștiente care operează din umbră, împiedicând pacientul să ducă o existență la nivelul posibilităților sale reale.

Este deci necesar un procedeu care să-i permită pacientului înțelegerea acestor mecanisme, astfel încât acesta să găsească soluții mai raționale de viață și să adopte decizii mai corecte. Terapiile bazate pe insight consideră că în cadrul tulburărilor nevrotice simptomele ca atare sunt mai puțin importante decât forțele care le generează.

Și iată că aici apare un paradox; pacientul se prezintă la psihoterapeut pentru a se debarasa de simptomele sale dezagreabile, iar acesta din urmă le consideră ca fiind secundare, manifestări de suprafață ale unor procese nevrotice mai profunde.

Simptomele pot fi reduse și prin intermediul altor procedee, dar dacă nu se atacă rădăcinile lor, ele pot răbufni din nou sub altă formă.

Deci, conform acestei abordări, cele mai frecvente dificultăți ale oamenilor, cum ar fi nefericirea, ineficiența, comportamentul defensiv, anxietatea nu pot fi eliminate cu adevărat decât prin insight. Doar după ce acesta a avut loc se pot întreprinde măsuri eficiente de corectare a comportamentului.

Principiul insight-ului dă naștere la mari dificultăți (Lazarus, 1976). În primul rând scopul terapiilor psihodinamice nu este și scopul pentru care s-a prezentat pacientul la psihoterapie. Iată deci că psihoterapia are în față două obiective ambițioase:

a) să modifice viziunea pacientului asupra propriei sale probleme și de fapt întregul său mod de viață;

b) să-i formeze acestuia un nou mod de înțelegere a propriei sale persoane.

În al doilea rând, este dificil de aflat dacă pacientul a avut un adevărat insight cu privire la propriile sale probleme. Fiecare teoretician în domeniul psihoterapiei vede insight-ul în modul său propriu, deoarece înțelege în chip diferit dinamica psihologică.

Răspunsul la această dilemă constă în aceea că doar un insight corect va produce înlăturarea simptomului și va genera paternuri mai eficiente de comportament.

De fapt nu atât conceptul teoretic de insight are importanță, cât convingerea pacientului că a găsit răspunsul adecvat.

De asemenea, necesitatea insight-ului face sarcina evaluării gradelor de succes obținute în cursul psihoterapiei mult mai dificilă sub aspect practic.

Simpla reducere de simptom ar fi un criteriu mult mai sigur și mai facil de luat în considerare pentru a aprecia succesul psihoterapiei, în timp ce psihanaliza utilizează criterii complexe de apreciere a succesului psihoterapiei, criterii încărcate de subiectivism cum ar fi: mai profunda înțelegere de sine, trăirea sentimentului fericirii personale, stabilirea unor relații interpersonale mai eficiente și mai încărcate de satisfacții etc.

Psihanaliza

Psihiatria modernă și psihologia clinică au fost în mare măsură influențate de teoria și practica psihanalizei.

În sensul strict, psihanaliza se referă la sistemul conceptual și psihoterapia inspirate direct din lucrările și tehnica terapeutică ale lui Sigmund Freud și ale urmașilor săi, grupați în institute și asociații care utilizează această metodă. Mulți autori consideră că acest sens este prea restrictiv ținând seama mai ales de faptul că au apărut o serie de variante inspirate din lucrările unor terapeuți de prestigiu cum ar fi Jung, Adler, Horney, Rank sau Sullivan, discipolii acestora autonumindu-se tot psihanaliști.

Datorită acestei situații a fost delimitat conceptul de psihanaliză freudiană.

Psihanaliza poate fi considerată în același timp o teorie psihologică asupra dinamicii naturii umane, o metodă de cercetare și abordare psihoterapeutică (Watson, 1963).

Psihoterapia psihanalitică nu poate fi înțeleasă dacă nu este înțeleasă concepția teoretică asupra dinamicii naturii umane care stă la baza ei.

Bazele teoretice ale psihanalizei

Pentru teoria psihanalitică este centrală distincția între motivele inconștiente și cele conștiente care stau la baza conduitei umane.

Sunt cunoscute în psihologie experimentele care se referă la studiul influenței sugestiilor post-hipnotice în cadrul cărora subiectul execută comenzi de a căror sursă acesta nu este conștient.

Deşi psihologii s-au ocupat mai ales de studiul fenomenului conştient, clinicienii nu pot nega prezenţa la pacienţii lor a unor motivaţii de care aceştia nu-şi dau seama. Psihanaliza pune accent pe influenţa unor forţe inconştiente în dezvoltarea şi menţinerea unor tulburări psihice sau a unor perturbări în afara personalităţii.

Conform teoriei psihanalitice forţele inconştiente influenţează în fiecare clipă comportamentul uman, ele interferând cu elementele conştiente ale psihismului.

Tehnica terapeutică a psihanalizei clasice îşi propune să aducă la nivelul conştiinţei emoţiile, motivele şi experienţele de care subiectul nu este conştient. O dată ce acestea au atins nivelul conştiinţei, individul îşi extinde controlul conştient asupra lor sau se eliberează de energia psihică pe care aceste conţinuturi psihice o conţin.

Trebuie subliniat faptul că inconştient nu înseamnă că anumite idei sau stări afective dispar complet din conştiinţă ci, de cele mai multe ori înseamnă disocierea unor părţi componente ale unor conţinuturi psihice care ar trebui să se afle în mod firesc împreună.

Pentru psihanalişti sănătatea mentală depinde (măcar parţial) de gradul în care viaţa psihică este condusă de forţe de natură conştientă, şi de conştientizarea efectului unor forţe inconştiente.

Privit din altă perspectivă, acest obiectiv poate să însemne de fapt întărirea eului, comportamentul fiind adus sub controlul ego-ului. În felul acesta dinamica forţelor psihice este modificată, subiectul psihanalizat reuşind să-şi rezolve mai bine propriile conflicte intrapsihice şi să facă faţă dificultăţilor existenţei într-un mod mai matur şi mai realist.

Conform psihanalizei, structura personalităţii cuprinde trei instanţe psihice; Ego, Id şi Superego. Ego-ul (sau eul) are drept funcţii perceperea evenimentelor interne sau externe, integrarea diferitelor conţinuturi psihice, cât şi o funcţie executivă. Id-ul se referă la impulsuri inconştiente, persistente de căutare a plăcerii şi de ostilitate, impulsuri pe care ego-ul le poate restructura conform datelor realităţii. Superego-ul (sau supraeul) se compune din conţinuturi psihice de natură social-valorică, idealuri, principii morale şi elemente de autocritică în raport cu primele, care stimulează ego-ul în acţiunea sa de combatere a forţelor Id-ului. Ego-ul, entitate psihică de natură

conştientă, se află în contact permanent cu mediul înconjurător şi este capabil de judecată independentă.

La adultul normal Ego-ul are de regulă suficientă forţă pentru a face faţă tendinţelor inconştiente ale Id-ului prin transformarea şi sublimarea acestora.

La nevrotic, de regulă, aceste tendinţe sunt reprimate (refulate) şi deci nu sunt accesibile conştiinţei. Mai mult, ego-ul militează împotriva aducerii lor în conştiinţă, punând în aecţiune diferite mecanisme de apărare.

Datorită acestui fapt, în decursul terapiei, terapeutul şi pacientul au de luptat nu numai cu tendinţe inconştiente ci şi cu mecanismele de apărare ale eului.

Un alt element important al psihanalizei este postulatul conform căruia experienţele din copilărie joacă un rol deosebit de important în formarea personalităţii adulte. Această afirmaţie de natură genetică are o importanţă deosebită în modul cum este manevrată relaţia pacient - terapeut.

O opinie acceptată într-o măsură ceva mai redusă este afirmaţia referitoare la conceptul de sexualitate, care ar cuprinde nu numai experienţe legate de sfera genitală ci o largă varietate de experienţe agreabile din copilărie, cât şi faptul că aceasta ar pune o amprentă de neşters asupra personalităţii adulte. De pildă, complexul lui Oedip sau complexul de castrare care ar reprezenta fenomene normale în cursul dezvoltării copilului, atunci când nu sunt bine integrate, pot predispune adultul la dificultăţi de adaptare.

Trebuie subliniat faptul că Freud a avut o concepţie deterministă asupra psihicului uman, el accentuând mult asupra cauzalităţii unor tulburări psihice. El sublinia însemnătatea unor fenomene ca actele ratate şi lapsusurile, a asociaţiilor libere şi a analizei viselor în descoperirea unor conţinuturi ascunse ale psihicului uman, oricât de neînsemnate ar părea aceste fenomene la prima vedere.

Putem spune, în concluzie, că perspectiva psihanalitică are la bază următoarele principii fundamentale (*după Karasu, 1980*);

1. Ideea că omul posedă o serie de impulsuri şi tendinţe instinctive - pulsiuni de natură inconştientă şi preocuparea pentru modul în care aceste impulsuri sunt exprimate/transformate sau refulate. Refularea

se produce pentru a nu permite gândurilor, dorinţelor şi afectelor penibile să atingă pragul conştientului.

2. Convingerea că refularea are la bază în principal tendinţele sexuale şi că tulburările psihice au la origine o dezvoltare libidinală (psihosexuală) defectuoasă.

3. Ideea că dezvoltarea psihosexuală defectuoasă îşi are originea în conflictele şi psihotraumele din copilăria timpurie, mai ales în complexul lui Oedip, care în forma sa clasică se manifestă în dorinţa sexuală faţă de părintele de ex opus.

4. Convingerea în caracterul universal şi persistent al complexului Oedip, care rămâne activ şi neconştientizat.

5. Ideea că omul se confruntă cu conflictele dintre pulsiunile biologice instinctive (Id), substitutele acestora, mecanismele primare de apărare ale ego-ului care încearcă o mediere cu realitatea externă (ego) în acord cu standardele şi principiile morale elaborate de societate (superego).

6. Psihanaliştii sunt partizanii determinismului sau cauzalităţii psihice, după care fenomenele psihice şi comportamentele umane nu apar întâmplător, ci sunt determinate strict de evenimente anterioare, care dacă nu sunt conştientizate determină subiectul să repete mereu aceleaşi tipuri de comportamente.

Pornind de la aceste principii, pentru terapeutul psihanalist, sarcina principală este să aducă în conştiinţă inconştientul, adică să-l ajute pe pacient să conştientizeze şi să înţeleagă conţinutul pulsional din zonele profunde ale psihismului. Astfel, terapeutul psihanalist analizează conţinuturile refulărilor, instinctelor şi pulsiunilor de natură sexuală căutând să înlăture rezistenţele naturale ale pacientului, rezistenţe care tind să se opună acestui demers. Este clar de ce demersul de orientare dinamică este de lungă durată, adesea fără sfârşit, el având un obiectiv pretenţios şi anume restructurarea personalităţii în ansamblu şi rezolvarea tuturor conflictelor nevrotice. Cel mai important aspect îl reprezintă rezolvarea conflictului lui Oedip, rezolvarea obligatorie pentru o personalitate sănătoasă. Vindecarea în această viziune presupune achiziţionarea de către individ a unui control total al ego-ului asupra impulsurilor inconştiente ale Id-ului.

Procesul psihoterapeutic dinamic este marcat de momente de catharsis (descărcări psihice de natură emoţională) şi insight. Harper (1959) definea catharsisul ca o descărcare a tensiunii şi anxietăţii prin retrăirea pe plan psihic a experienţelor trecute.

Este cunoscut faptul că încă din cele mai vechi timpuri oamenii au cunoscut efectul binefăcător al exprimării sentimentelor (vezi efectul "purificator" al spovedaniei). În locul termenului de purificare utilizat de religie, Freud a preferat termenul de catharsis. Dacă la începutul psihanalizei catharsisul a fost considerat un element de bază al psihoterapiei, ulterior chiar Freud, o dată ce sistemul său s-a structurat şi s-a maturizat, a ajuns la concluzia că pentru succesul terapiei este nevoie de mult mai mult, el deplasând accentul de pe catharsis pe alte elemente ale analizei.

Totuşi, catharsisul rămâne în continuare un element important în terapia analitică pentru că:

a) terapia nu poate progresa dacă pacientul nu-şi exprimă într-o anumită măsură trăirile afective;

b) exprimarea acestor sentimente îi produce pacientului o uşurare, fapt ce-l încurajează pe acesta să continue terapia.

Deşi ambele procese - catharsisul şi insight-ul (iluminarea) - sunt considerate ca aparţinând psihanalizei tradiţionale, trebuie subliniat faptul că Freud nu a utilizat niciodată termenul de insight ca atare.

Demersul terapeutic îşi schimbă, pe parcursul evoluţiei sale, centrul de greutate de la momentele de catharsis (abreacţie) la abolirea amneziei şi recuperarea amintirilor uitate (insight).

➤ După Hutchinson (1950) există patru etape succesive în atingerea insight-ului psihoterapeutic şi anume:

a) o etapă pregătitoare, caracterizată prin trăirea sentimentului de frustraţie, anxietate, de vid ulterior şi disperare, urmată de o activitate febrilă de căutare prin încercări şi erori a unei soluţii la problema proprie şi apoi de recădere în vechile modele de comportament şi gândire în care subiectul nu pare să întrevadă nici o cale de ieşire din situaţia sa;

b) o etapă de incubaţie sau renunţare, când se manifestă la subiect dorinţa de a renunţa, de a fugi de problema sa, acesta

manifestând lipsă de motivație sau rezistență la rezolvarea propriilor probleme;

c) o etapă de iluminare când problema devine clară pentru pacient și soluția se impune de la sine (adesea apare un flux de idei acompaniate de sentimentul realității insight-ului);

d) o fază de evaluare și elaborare a soluției care este confruntată cu criterii exterioare furnizate de realitate.

De regulă, terapeuții fac distincția dintre insight-ul de natură intelectuală, care are o valoare terapeutică limitată, și cel de natură emoțională, care este esențial. Oricum, distincția nu este ușor de realizat, cele două componente aflându-se în interacțiune.

Deși insight-ul are în cadrul psihanalizei un rol terapeutic major, trebuie să fim totuși de acord și cu afirmația lui Schonbar (1957) care spunea că nu toate schimbările din sfera personalității pacientului se datoresc insightu-lui și că nu orice insight duce în mod obligatoriu la schimbare.

Psihanaliștii consideră că un alt factor psihologic important generator de schimbare este relația de tip transferențial dintre pacient și terapeut, relație asupra căreia vom mai reveni.

Procedura preliminară

Aceasta implică acceptarea provizorie și evaluarea diagnostică a pacientului, aspectele financiare ale psihoterapiei, discuții legate de expectațiile pacientului, avertizarea acestuia în legătură cu posibile modificări serioase în sfera personalității sale și explicarea procedurii terapeutice.

Înainte ca pacientul să fie acceptat pentru psihanaliză se acordă, de regulă, o perioadă provizorie de 2-3 săptămâni pentru a decide dacă problemele acestuia sunt abordabile prin intermediul acestei tehnici.

Psihanaliza ortodoxă și conservatoare consideră că pot fi abordate psihanalitic următoarele categorii de tulburări; stările de anxietate, isteria anxioasă, isteria de conversie, nevrozele compulsive, fobiile, nevrozele caracteriale și perversiunile. Se consideră că pot fi abordate psihanalitic chiar formele mai severe și cronice ale acestor tulburări.

Unii psihanaliști moderni recurg astăzi la serviciile unui psiholog care să realizeze interviul clinic și să furnizeze date bazate mai ales pe

psihodiagnosticul proiectiv (Rorschach). Freud însă nu era de părere că este bine ca o altă persoană să realizeze discuțiile preliminare cu pacientul, mai ales datorită faptului că acest lucru ar putea afecta relația transferențială care tinde să se structureze în aceste perioade preliminare. Din același motiv, Freud era de părere să nu fi admiși în terapie prieteni sau cunoștințe deoarece cu aceștia relația transferențială s-a structurat deja într-un mod în care altfel nu s-ar fi produs.

În perioada preliminară se fixează ora precisă (cincizeci de minute) și zilele terapiei. Se lucrează în varianta clasică, 5 sau 6 zile pe săptămână. Unii psihanaliști mai puțin ortodocși lucrează doar de 3 ori pe săptămână. Se precizează cu exactitate că pacientul este responsabil din punct de vedere financiar de desfășurarea ședințelor.

Durata totală a tratamentului psihanalitic variază de la un an la mai mulți ani, cu durata medie de doi ani.

Pacientului i se recomandă să nu facă schimbări radicale în existența sa (familială, profesională) cel puțin în fazele incipiente ale terapiei, până când motivațiile inconștiente care generează aceste schimbări nu sunt analizate.

Această recomandare se face nu numai pentru a proteja pacientul de dorințele impulsive de a-și rezolva conflictele într-un mod nevrotic ci și pentru a-l împiedica pe acesta de a se debarasa de problemele sale în afara ședințelor de psihanaliză.

Reamintim că psihanaliza este un tip de psihoterapie în cadrul căreia conflictele nevrotice trebuie aduse la nivel conștient. În timpul ședințelor de psihanaliză, de regulă pacientul este întins pe o canapea, iar terapeutul stă așezat în spatele lui. Psihanaliștii mai puțin ortodocși admit și faptul că pacientul poate sta așezat.

Tehnicile psihanalizei

a) Metoda asociațiilor libere

După opiniile lui Freud, subiectul pe marginea căruia pacientul va asocia liber este lăsat integral la latitudinea sa, fără să i se ceară sau să se încurajeze coerența și păstrarea unui fir director al asociațiilor.

Tehnica asociației libere constă în a lăsa mintea să vagabondeze astfel încât pacientul să spună absolut tot ce-i trece prin cap, indife-

rent de convenientе, jenă şi fără a pune în acţiune dorinţa de a face o impresie bună.

Produsele asociaţiilor pot fi amintiri, imagini, reverii diurne, gânduri acuzatoare, sentimente, reproşuri etc.

Adesea fluxul asociaţiilor libere este blocat de punerea în funcţiune a rezistenţelor subiectului.

Raţiunea pentru care se utilizează asociaţiile libere este aceea că inconştientul va revela prin această metodă conţinuturile sale reprimate, eliberând individul de efectele lor, în felul acesta scopul psihanalizei fiind atins.

Este eronată opinia după care psihanalistul nu utilizează niciodată întrebările directe. Dimpotrivă, acesta le foloseşte ca stimuli pentru declanşarea unor noi asociaţii (întrebările sunt de tipul: "la ce te duce gândul acesta?", sau "câţi ani aveai când s-a întâmplat aceasta?").

Un principiu director al tehnicii asociaţiilor libere constă în aceea că atâta timp cât pacientul asociază liber pe tema transferului asupra terapeutului, aceste asociaţii rămân neatinse. Doar atunci când transferul este utilizat de pacient cu un mecanism de rezistenţă, a sosit momentul ca analiza să se îndrepte asupra acestui subiect.

b) **Analiza viselor**

Lipsa de coerenţă, caracterul dezordonat şi aparent ilogic al asociaţiilor libere este caracteristic şi viselor.

Ca şi asociaţiile libere şi visele pot fi privite în mod deterministe ca reprezentând reacţiile celui care visează la propriile sale experienţe de natură inconştientă. De fapt, pacienţii se referă, de cele mai multe ori, în mod spontan în cursul asociaţiilor libere la visele pe care le-au avut.

Freud a caracterizat visele ca fiind "calea regală spre inconştient".

Conţinutul manifest, povestit de cel care a avut visul, este un fel de ecran de tip caleidoscopic, care nu face decât să ascundă conţinutul latent - semnificaţia reală a visului. Acest conţinut latent reprezintă sentimente şi dorinţe adânc reprimate, în care pacientul este atât de profund implicat încât nu le poate aduce în conştiinţă prin efort personal. Fiecare vis reprezintă o luptă a pacientului de a-şi rezolva conflictele de natură inconştientă. Incapabilă de a face faţă conflictelor inconştiente, aşa cum apar ele în semnificaţia lor deplină, personalitatea umană se angajează la o luptă cu ele şi prin mecanisme de natură dinamică cum ar fi, de pildă, condensarea şi deplasarea care substituie şi maschează conţinutul real al visului care apare sub forma conţinutului manifest.

Metoda analizei viselor, aşa cum este ea utilizată în psihanaliză, cere pacientului să asocieze nu asupra visului în întregime ci asupra detaliilor care îi apar semnificative pacientului sau psihanalistului. Astfel, apar la iveală teme specifice care conduc la aducerea în conştiinţă a conţinutului latent de natură inconştientă.

Analistul, atunci când îl ajută pe pacient să-şi interpreteze visele, trebuie să cunoască foarte bine personalitatea şi problematica pacientului şi în acelaşi timp să fie conştient de faptul că nu există un simbolism universal al viselor, care se poate aplica absolut în orice situaţie (Watson, 1963).

Încă Freud arată că modul cel mai eficient de a completa analiza unui vis este s-o amânăm până ce materialul respectiv va fi continuat şi amplificat în cursul unor noi vise.

Interesant de subliniat este şi faptul că primele vise sunt mai uşor de analizat şi de interpretat de către pacient, datorită lipsei de sofisticare de către pacient. Cu cât analiza progresează mai mult, cu atât se pătrunde în zone din ce în ce mai obscure ale psihismului.

c) **Analiza acţiunilor pacientului**

O altă sursă pentru obţinerea materialului ce trebuie analizat o reprezintă interpretarea acţiunilor pacientului. Comportamentul nonverbal cât şi cel verbal (neintenţional) includ o serie de elemente importante pentru analiză, cât şi aspecte neesenţiale. Aceste aspecte se pot manifesta atât în cursul şedinţei de psihanaliză cât şi în afara ei.

Astfel de comportamente manifestate în timpul şedinţei pot fi, de pildă, grija excesivă a pacientului de a nu-şi şifona pantalonii, privirile anxioase pe care acesta le aruncă peste umăr, în direcţia terapeutului, comportamentul de flirt, erorile de pronunţare a unor cuvinte etc.

În afara şedinţei pot să apară modificări ale comportamentului pacientului în familie, la serviciu, apariţii sau dispariţii de simptome, reacţia la o anumită situaţie cu mai multă sau, dimpotrivă, mai puţină anxietate, modificări în modul în care pacientul îşi tolerează prietenii sau rudele.

d) **Transferul şi rezistenţele**

Freud consideră transferul şi rezistenţele ca fiind puncte centrale ale psihanalizei, considerând că acestea sunt mijloacele prin intermediul cărora psihanaliza poate fi deosebită de o altă abordare psihoterapeutică non-psihanalitică.

Transferul se referă la relaţia pacient - terapeut, relaţie care are un caracter irațional, proiectiv şi ambivalent. În psihanaliză această relaţie este utilizată terapeutic, explicându-se pacientului modul de acţiune al acestei relaţii cât şi rădăcinile sale în istoria vieţii acestuia.

Atâta timp cât psihanalistul îşi menţine neutralitatea, majoritatea reacţiilor emoţionale ale pacientului nu sunt rezultatul situaţiei prezente, ci izvorăsc din propriile tendinţe şi dorinţe ascunse. Analiza acestor reacţii datorate transferului conduce la descoperirea unor experienţe timpurii din copilăria pacientului, experienţe care au generat aceste tendinţe.

Transferul îl conduce pe pacient să-şi pună probleme asupra originii comportamentelor sale, care a rămas măcar parţial în afara conştiinţei sale.

O dată cu "insight-ul" (descoperire intuitivă şi bruscă) asupra acestor probleme, vălul irațional care maschează adevăratele origini ale acţiunilor pacientului se dă la o parte şi astfel pot să apară schimbări în sfera personalităţii acestuia.

➤ Thompson (1946) ilustrează acest fenomen prin intermediul următorului exemplu;

Un pacient încearcă permanent să facă pe plac terapeutului, faţă de care manifestă doar apreciere şi admiraţie şi nu se supără nici atunci când acesta îl pune faţă în faţă cu situaţii neplăcute pentru el. Când terapeutul îi atrage atenţia asupra acestui lucru, la început pacientul este surprins că cineva poate considera acest fenomen ca fiind neobişnuit. Treptat, pacientul începe să identifice acelaşi model comportamental şi în relaţia sa cu alte persoane, devenind conştient de originile ascunse ale acestui gen de comportament - teama de dezaprobare care îl copleşeşte. Începând să se întrebe de ce este atât de anxios că va fi dezaprobat, îi revin în minte amintiri din copilărie care pun în evidenţă incidente care au declanşat această teamă.

Într-o mare măsură, psihoterapia analitică constă dintr-o serie de astfel de descoperiri pe care le face pacientul. Consecutiv acestor iluminări (insight-uri) se produc modificări favorabile în sfera personalităţii subiectului.

Transferul nu este altceva decât o repetiţie a unor experienţe trecute ale pacientului, experienţe pe care le transferă asupra terapeutului.

Pacientul trăieşte această experienţă nu atât prin reamintirea unor evenimente trecute cât prin retrăirea unor stări afective care au prezentat importanţă pentru el în trecut. Astfel, el nu spune cât de critic a fost la adresa părinţilor săi ci devine critic faţă de analistul său; el nu-şi reaminteşte jenele sale privind practicile sexuale, în schimb este ruşinat şi secretos atunci când este analizat.

În stadiile iniţiale ale pshanalizei, datorită relaţiei transferenţiale pot să dispară simptomele pacientului şi să apară iluzia că s-a instalat deja sănătatea psihică. Aceasta se întâmplă din cauza eliberării anxietăţii, eliberare ce se produce datorită încrederii pacientului în analist. Această etapă este denumită în general "cura de transfer" şi este tranzitorie deoarece procesele inconştiente nu au fost încă prelucrate. Repetarea modelelor nevrotice de comportament în relaţie cu psihoterapeutul poartă numele de "nevroză de transfer". Relaţia se fixează la un nivel irațional, emoţional şi regresiv. Analistul este privit de către pacient ca o zeitate omnipotentă, acesta dorind să fie iubit de către psihoterapeut, inclusiv în plan sexual.

Sentimentele sale fiind frustrate, în conştiinţa pacientului deceptionat apare anxietatea şi furia. Dacă predomină anxietatea, pacientul va manifesta o atitudine supusă încercând să obţină favoruri de la terapeut. Dacă predomină furia, pacientul devine agresiv, revendicativ, asertiv şi plin de resentimente.

Sarcina terapiei este să corecteze aceste atitudini pentru că pacientul nu poate fi realist cu restul lumii până nu e realst în cadrul relaţiei sale cu psihoterapeutul.

În cadrul situaţiei transferenţiale pacientul are o minunată ocazie să se confrunte la scară mai redusă cu aceleaşi dificultăţi pe care nu a fost capabil să le stăpânească în trecut, cum ar fi, de pildă, amestecul de invidie, cu admiraţie şi recunoştinţă faţă de tatăl său, fratele mai mare sau alţi rivali, sentimentele de anxietate consecutive trăirii invi-

diei şi ostilităţii, atitudinea dependentă, solicitând ajutorul, pe care o are faţă de mama sa, în acelaşi timp cu toată frustrarea şi resentimentele ce apar atunci când cerinţele sale de a obţine o dragoste nu sunt îndeplinite, sau cu revolta faţă de hiperprotecţia maternă.

Persoanele incapabile să se identifice emoţional cu o altă persoană, care deci nu pot trăi experienţa transferului, sunt contraindicate pentru psihanaliză. În această categorie sunt incluşi subiecţi cu tulburări de personalitate, cum ar fi, de pildă, unii psihopaţi sau psihotici, mai ales schizofreni.

Pentru psihanalişti relaţia transferenţială este importantă pentru două motive principale;

1. Ea aruncă o lumină asupra modelelor de identificare din copilărie, cât şi asupra unor particularităţi ale relaţiilor pacientului cu cei din jur. Astfel, psihanalistul află elementele fundamentale în legătură cu personalitatea pacientului prin intermediul reeditării, în cadrul relaţiei psihoterapeutice, a relaţiilor din copilăria timpurie, şi ceea ce este poate şi mai important este că aceste lucruri le află în cele din urmă şi pacientul însuşi.

2. Terapeutul se foloseşte de această puternică relaţie afectivă pentru a încuraja pacientul să depăşească rezistenţele. Deoarece dorinţa dominantă a pacientului este să-i facă pe plac terapeutului şi deoarece el se simte protejat şi susţinut de către terapeut, relaţia transferenţială contribuie la evidenţierea unor anumite aspecte psihologice care în alt context ar fi prea greu de tolerat pentru pacient fiind prea anxiogene.

În cele din urmă relaţia transferenţială trebuie dezvoltată astfel încât pacientul să ajungă s-o privească aşa cum este ea de fapt, şi anume o reeditare a relaţiei sale cu o figură parentală din copilărie. Astfel, pacientul trebuie să renunţe la copilărie şi să fie capabil să stabilească relaţii de tip matur cu persoanele importante din anturajul său.

Un alt concept utilizat de psihanaliză este cel de rezistenţă. În sens larg orice interferă cu desfăşurarea firească a cursului terapiei poate fi considerat ca fiind rezistenţă, ca de pildă, interpretările oferite de analist pacientului, interpretări ce sunt primite de el cu dezaprobare, încercările sale de a lupta împotriva respectivelor interpretări, de a-i

demonstra analistului că nu are dreptate, căutând să se împotrivească în mod inconştient progresului analizei.

În sens restrâns rezistenţele se manifestă prin încălcarea regulii fundamentale a analizei - neîmpărtăşirea tuturor gândurilor terapeutului.

Există o mare varietate de forme pe care le pot îmbrăca rezistenţele, în afara dezacordului direct cu interpretările analistului; asociaţii multiple şi superficiale, pauze prelungite în fluxul asociaţiilor, întârzieri şi absenţe de la terapie, apariţia de noi simptome, posibilitatea de a adormi în timpul şedinţei de psihoterapie etc. Nu este de fel greu de înţeles de ce se manifestă rezistenţele. Pacientul a izbutit să ajungă la un anumit gen de adaptare, de a face faţă propriilor probleme de viaţă. El va lupta împotriva asociaţiilor libere pentru că simte că se intră într-un teritoriu nesigur unde este ameninţată lumea pe care şi-a făurit-o pacientul. Mai mult, unele din dorinţele şi tendinţele inconştiente ale pacientului sunt de aşa natură încât o dată ajunse în conştiinţă nu pot fi acceptate de el, cel puţin la început, pentru că sunt prea terifiante. Pacientul este speriat de propriile sale tendinţe şi dorinţe pe care nu le poate admite.

Nu ignoranţa, necunoaşterea propriilor sale probleme, ci rezistenţele îl împiedică pe pacient să-şi înţeleagă dificultăţile. Sarcina terapiei este să analizeze rezistenţele pentru a demonstra pacientului în ce măsură acestea îl împiedică să afle cauza a ceea ce îi provoacă disconfortul prezent.

Ultimul tip de rezistenţă se manifestă atunci când pacientul renunţă la psihoterapie. Pentru a depăşi această situaţie este nevoie de un transfer puternic asupra terapeutului. Spre sfârşitul terapiei relaţia transferenţială slăbeşte şi pacientul învaţă treptat să facă faţă singur situaţiilor, să se bazeze pe sine însuşi. Din timp în timp se reactivează vechile tendinţe care se vor manifesta în reapariţia sentimentelor de frustrare, trăire ce se soldează cu noi încercări ale pacientului de a sta pe propriile sale picioare. Egoul pacientului devine treptat tot mai puternic până în momentul când este capabil să renunţe la dependenţa sa faţă de terapeut.

e) **Contratransferul**

Psihanaliza reprezintă în mare măsură o experienţă emoţională pentru pacient, dar şi pentru psihanalist, la care se poate manifesta sub

forma contratransferului în cursul căruia acesta răspunde emoţional la solicitările efective ale pacientului.

Analiza didactică pe care trebuie să o facă orice viitor psihanalist trebuie să împiedice apariţia contratransferului. Cu toate acestea analiza nu este absolută şi mai există uneori zone neexplorate la nivelul personalităţi terapeutului. Controlul sentimentelor faţă de pacient, fără însă a deveni nereceptiv şi lipsit de înţelegere umană, este problema fiecărui terapeut. Acesta trebuie să aibă înţelegere faţă de pacient, să fie responsiv la problemele acestuia, dar în acelaşi timp să-şi controleze propriile sentimente şi atitudini.

f) **Analiza egoului**

Analiza funcţiilor egoului reprezintă, de asemenea, un proces important în cadrul psihanalizei.

După cum afirmă French (1947), există în psihanaliză şi o practică standard de a nu trece la interpretările Id-ului până când nu se realizează analiza forţei şi naturii specifice a atitudinilor conştiente şi comportamentului subiectului care pot influenţa punerea în acţiune a rezistenţelor la diverse interpretări. Aceasta este "analiza ego-ului".

Aceasta înseamnă că analistul tinde să înţeleagă nu numai care sunt rădăcinile trecute ale problemelor actuale, ci şi ce aspecte curente ale vieţii pacientului sunt active la un moment dat. Deci, terapeutul lucrează întâi prezentul; el nu poate analiza de fapt trecutul, ci doar îl reconstruieşte.

Subliniind rolul întăririi funcţiilor integrative ale egoului, French (1945) arată că analistul nu trebuie să se centreze doar pe impulsurile reprimate şi pe mecanismele de apărare ale ego-ului, ci şi asupra problemelor actuale pentru care egoul caută să găsească o soluţie.

g) **Interpretările**

Pe măsură ce şedinţele se desfăşoară apar semnificaţii şi conexiuni legate de probleme de bază ale pacientului. Bineînţeles, analistul este primul care începe să dezvăluie conţinuturi semnificative în aparenta dezordine a informaţiilor ce rezultă din materialul produs de pacient.

Decizia când anume trebuie să se facă o interpretare unui pacient este luată în funcţie de aprecierea terapeutului asupra măsurii în care

pacientul poate face faţă respectivei interpretări. Această apreciere depinde, la rândul său, de existenţa transferului şi de înţelegerea mecanismelor de apărare a egoului.

Interpretările făcute prea timpuriu de către un analist amator pot arunca un pre-psihotic în criză sau un anxios într-o stare de panică.

Interpretarea nu este un sfat, o sugestie, o încercare de influenţare a pacientului sau o proiectare a opiniilor şi atitudinilor analistului. În acelaşi timp, interpretările date de analist nu sunt irefutabile, validitatea lor depinde de verificarea lor de către pacient în şedinţele viitoare, prin mecanismul asociaţiilor libere şi cel al analizei viselor.

Interpretarea analitică constă deci în aceea că terapeutul ordonează materialul discontinuu produs de pacient în cursul asociaţiilor libere şi analizei viselor, conferindu-i o explicaţie cu sens prin prisma conceptelor psihanalitice. Aceste interpretări realizate de psihoterapeut îl ajută pe pacient să obţină insight-ul cu privire la conţinuturi inconştiente, surse ale unor comportamente dezadaptative.

Arta interpretărilor are drept scop principal, după Freud, identificarea rezistenţelor pe măsură ce ele apar şi determinarea pacientului să devină conştient de ele. Când rezistenţele sunt eliminate pacientul poate proceda, prin intermediul asociaţiilor libere, la abordarea materialului reprimat, aducând în conştiinţă conţinutul inconştient.

h) **Prelucrările asupra materialului produs de pacient**

Prelucrarea este un proces descris ca reprezentând continuarea demersului analitic sub forma unor interpretări specifice ulterioare, în ciuda eşecului pacientului de a accepta sau asimila emoţional interpretările sau constructele iniţiale oferite de terapeut şi care se referă la anumite aspecte ale personalităţii pacientului.

Acest procedeu este foarte costisitor sub aspectul timpului, el "mâncând" multe ore de psihanaliză. Pacientul tinde mereu să se întoarcă spre comportamentele sale infantile iar terapeutul nu face altceva decât să aibă răbdare şi să aştepte reluând materialul propus mereu, din diferite unghiuri de vedere aşa cum sugera Freud, sau, devenind mai activ, aşa cum este de părere Ferenczi (1926).

Putem spune, aşadar, că demersurile psihanalizei sunt (Karasu, 1980);

• clarificarea, care înseamnă a pune un anumit eveniment sub lumina reflectorului atenției, separând aspectele esențiale de cele neesențiale;

• interpretarea, care caută ceea ce se ascunde în spatele materialului furnizat de pacient, subliniind cauzele și sensul unui material sau proces;

• prelucrarea asupra materialului asociativ, care reprezintă o explorare progresivă, repetitivă a interpretărilor și rezistențelor care apar în cursul interpretărilor, până ce semnificațiile psihologice ascunse sunt pe deplin integrate și înțelese de pacient.

Terminarea curei analitice

Cu privire la această problemă nu există un răspuns standard. Încă Freud era de părere că din punct de vedere teoretic există și analize care se prelungesc un timp nedefinit.

Scopul psihanalizei nu constă doar din a-l ajuta pe pacient să rezolve o anumită problemă specifică, ci mai degrabă să-și pună în acțiune resursele psihice pe baza cărora va putea face față oricărei probleme de natură emoțională.

Odată ce s-a obținut "insight-ul" pacientul trebuie să devină capabil să facă față unor probleme diferite de viață. Acesta este procesul psihoterapeutic de reeducare.

Psihanaliștii consideră că acest proces este posibil după ce pacienții și-au examinat, conștientizat și înțeles propriile probleme și reacții.

Atâta timp cât psihanaliza este considerată o terapie de reconstrucție a personalității și nu una centrată pe simptom, este necesar ca o cură să aibă ca efect schimbări în sfera personalității.

Un studiu realizat de Obendorf (*cit. Watson, 1963*) pe baza unor chestionare a demonstrat că rezultatele terapiei analitice sunt pertinente când:

• pacientul dobândește capacitatea de a-și accepta sexualitatea;

• obține o mai bună adaptare socială;

• dobândește înțelegerea mecanismelor care stau la baza dificultăților sale actuale.

După Lorand (*cit. Watson, 1963*) alte criterii ar fi:

• reducerea tendinței de a deveni anxios, de a avea comportamente regresive, de a evita realitatea;

• dezvoltarea unor atitudini pozitive de toleranță și acceptare a celorlalți.

Dispariția amneziei infantile este considerată de unii autori un indicator important al succesului curei psihanalitice. Dacă subiectul mai păstrează amnezie referitoare la perioada primilor cinci ani de viață, atunci analiza nu este considerată completă. Asupra acestui criteriu există astăzi discuții.

Este importantă, de asemenea, dizolvarea relației transferului care s-a dovedit operativă pe parcursul desfășurării analizei. Atâta timp cât subiectul mai are relații de tip infantil cu un părinte sau cu o figură parentală reprezentată de psihanalist - cel analizat rămâne în continuare infantil sub aspect emoțional.

În concluzie, putem spune că în psihanaliză procesul psihoterapeutic funcționează, în principal, pe baza a trei aspecte - mecanisme;

• abreacția sau descărcarea emoțională (catharsisul);

• insight-ul sau înțelegerea imediată a problemelor;

• apariția conștientizării unor coținuturi de natură inconștientă (a amintirilor refulate, amintiri ce aparțin mai ales copilăriei).

Reexaminarea relației de ajutorare a pacientului din punctul de vedere al psihoterapiei dinamice moderne.

Casament (1992) a arătat că psihoterapia conține o serie de paradoxuri dintre care menționăm câteva:

1. Pentru fiecare subiect există două realități - una externă și una internă. Realitatea externă este trăită prin prisma realității interne, care la rândul ei este modelată de experiențele trecute. Terapeutul trebuie să ia act de ambele realități și de interrelațiile permanente dintre ele.

2. Există mai multe moduri în care subiectul își poate aminti ceva: reamintirea obișnuită, realizată la nivel conștient și reamintirea prin care se dezvăluie conținuturi inconștiente. Aceasta din urmă se caracterizează printr-o imagine mult mai vie, plină de detalii, care parcă sunt retrăite în prezent. De regulă aceste conținuturi nu se referă

la experienţe agreabile ci la evenimente psihotraumatizante, producătoare de anxietate, despre care se poate spune în termeni analitici că reprezintă rezultatul căutărilor şi încercărilor inconştientului de a controla anxietăţile până atunci incontrolabile.

3. Nimeni nu are acces în mod obişnuit la propriul inconştient fără ajutorul altei persoane. Dacă conţinuturile inconştiente pot fi interpretate într-un mod tolerabil şi cu semnificaţie pentru subiect, ceva ce înainte fusese refulat, va putea pătrunde în câmpul conştiinţei.

4. De regulă terapeutul este cel care încearcă să descifreze conţinuturile inconştiente ale subiectului. Ceea ce se ignoră însă este că şi pacientul "citeşte" cu sau fără voie inconştientul terapeutului, ceea ce înseamnă că acesta nu mai apare ca un ecran alb aşa cum îl vroia Freud şi din acest motiv este necesar să avem în vedere această realitate clinică.

5. Terapeutul se străduieşte să nu facă greşeli sau să nu cadă în capcana propriilor comportamente defensive. Cu toate acestea, acest lucru se întâmplă uneori şi în aceste situaţii pacientul profită de aceste greşeli, dând o nouă turnură procesului terapeutic. Acesta din urmă poate fi îmbogăţit când terapeutul este capabil să înveţe de la pacient.

6. Terapeutul analist trebuie, uneori, să tolereze perioade lungi în care se simte ignorant şi neajutorat ceea ce îi poate produce anxietate. Analistul cu experienţă trebuie să se comporte adecvat atunci când se află în această ipostază, pentru a putea rămâne deschis la informaţiile care pot să apară.

Utilizarea teoriei analitice îl ajută pe terapeut să se descurce în perioadele în care nu ştie pe ce drum să apuce (excepţie fac situaţiile în care terapeutul este cuprins de momente de inspiraţie subită).

Cu toate acestea, teoria trebuie să slujească demersului terapeutic real, nu să-l subjuge.

Dacă terapeutul poate tolera anxietatea de a nu fi competent, de a nu şti şi îşi dezvoltă capacitatea de a aştepta până când apare ceva cu adevărat semnificativ, este asigurat succesul terapiei şi se evită riscul de a proiecta asupra pacientului decepţia de a nu fi înţeles esenţa problemei sale.

Fiind prea pregătit să aplice imediat o teorie gata fabricată, terapeutul poate deveni surd la informaţii neaşteptate.

7. Când terapeutul se confruntă cu elemente ale comunicării inconştiente din partea pacientului, el adesea intră în contact cu ceva ce denumim procesul de gândire primară.

Este necesar ca el să fie capabil să înţeleagă paradoxurile logicii inconştientului.

De pildă (un exemplu de gândire primară), în mod firesc noi considerăm în mod inconştient că toate relaţiile sunt simetrice.

Astfel, dacă Ion e supărat pe Maria, noi percepem în mod inconştient că şi Maria este supărată pe Ion.

Pe plan inconştient partea este identificată cu întregul, iar interiorul şi exteriorul sunt abordate în mod identic.

Aşa cum arată încă Freud, la nivel de inconştient nu există negaţie sau contradicţie şi nici conceptul de timp.

Dacă transferul este abordat în logica inconştientului, putem să ne aşteptăm ca relaţia prezentă să fie similară cu o relaţie anterioară din istoria vieţii pacientului.

Această similaritate poate fi iniţiată atât de pacient cât şi de terapeut. Cel mai adesea se consideră că pacientul este cel care proiectează elemente ale experienţei trecute asupra terapeutului sau situaţiei terapeutice. Experienţa clinică a arătat că nu de puţine ori terapeutul este cel care, fără voia lui, se poate comporta astfel încât să readucă în prezent unele elemente din trecutul pacientului.

Din acest motiv relaţia transferenţială are un caracter atât de pregnant şi imediat.

La nivel inconştient poate avea loc şi o confuzie între experienţa "eului" şi a "celorlalţi". Ce conţinut vine de la cine într-o relaţie bilaterală nu apare cu claritate la nivel de subconştient. Aceasta se întâmplă datorită faptului că procesul de comunicare la acest nivel poate fi în acelaşi timp proiectiv (o persoană proiectează ceva asupra alteia) sau introectiv (o persoană interiorizează ceva ce aparţine alteia).

8. Reacţionând la elementele obiective ale relaţiei de similaritate, pacienţii reacţionează şi la modul în care percep ei realitatea externă în termeni de afectivitate. Astfel, de pildă, un pacient poate să devină conştient de relaţia sa de dependenţă faţă de terapeut. Această depen-

denţă poate evoca un set inconştient de alte reacţii care implică dependenţa cum ar fi, spre exemplu, asocierea dependenţă - separare, fapt ce poate atrage un anumit gen de comportament din partea pacientului. Aceasta explică de ce chiar o întrerupere scurtă în cursul terapiei ajunsă la un stadiu mai avansat, în care se ajunge la o dependenţă regresivă infantilă, poate fi mai traumatică decât o întrerupere mai îndelungată a terapiei aflată într-un stadiu mai timpuriu.

9. Retrăirea trecutului nu este totdeauna legată direct de relaţia analitică (terapeut - pacient), ca în cazul următor:

➤ ***Caz 1***

Dna P. s-a trezit plângând fără motiv după ce şi-a culcat băieţelul de 4 ani. Ea nu reuşea să-şi explice ce a apucat-o. Asociaţiile puneau acest fapt în legătură cu copilul care fusese foarte neastâmpărat în timpul zilei, manifestând reacţii de opoziţie la absolut tot ce-i cerea ea. Mama i-a cerut să meargă în camera lui, iar când copilul a refuzat, ea a ţipat la el. Copilul s-a supus şi nu au mai apărut probleme.

Dna P. credea că plânsul ei avea ceva legătură cu incidentul respectiv, dar nu înţelegea ce a enervat-o atât de rău. Ceea ce era mai ciudat era că copilul se purtase bine până atunci. Ea s-a întrebat dacă nu cumva a enervat-o şi faptul că copilul a refuzat să se culce până când ea i-a sugerat să se culce în patul tatălui său, după care el s-a culcat imediat.

Dacă analizăm secvenţa rezultă că ea îşi are originea în relaţia mamă - copil; copilul neascultător o face pe mamă să plângă.

De fapt, analiza ulterioară scoate la iveală o experienţă timpurie a mamei - propria ei mamă obişnuia să ţipe la ea când nu era cuminte şi asta mai ales după ce s-a născut fratele ei mai mic. Pacienta a refuzat să mănânce iar mama a trimis-o la internat până când a ajuns din nou la greutatea normală.

Asociaţiile evocate au scos în evidenţă faptul că fratele ei mai mic avea voie să stea cu mama (aici fiul ei are voie să stea cu tatăl). Se observă că mama care plânge se identifică de fapt cu copilul care a fost certat. Mai mult, iese la iveală relaţia de excludere (fratele ei are voie să doarmă cu mama), relaţie ce a fost retrăită în prezent ca un echivalent al relaţiei dintre fiul ei şi soţ. Fiecare relaţie include elementele relaţiei părinte - copil şi trăirea cuiva care a fost exclus.

10. Terapeutul este antrenat să-şi controleze reacţiile de contratransfer asupra pacientului. Cu toate acestea mulţi pacienţi devin victima reacţiilor contratransferenţiale ale terapeuţilor. Aceasta se întâmplă deoarece terapeutul are tendinţa de a avea o atitudine faţă de cele petrecute în timpul analizei. De pildă, el poate trăi sentimentul de "deja vu" când apar elemente comune între situaţia clinică actuală şi alte situaţii cu care s-a confruntat în trecut. Aceasta îl face pe terapeut să răspundă unei noi situaţii cu un fals sentiment de recunoaştere.

➤ ***Caz 2***

O femeie se află în terapie la un terapeut începător de sex masculin. (Protocolul e luat la penultima şedinţă înainte ca terapeutul să plece în vacanţă) (Casament, 1992)

***Pacienta**: Ar trebui să mă asculţi azi cu mai multă grijă pentru că am fost la dentist. El a scăpat freza şi mi-a rănit limba, aşa că mi-e greu să vorbesc.*

***Terapeutul**: (se repede să facă imediat legătura cu întreruperea ce va urma datorită vacanţei);*

Cred că ţi-e teamă că nu voi fi destul de atent cu tine pentru că mă pregătesc să plec în vacanţă, în aşa fel încât vorbele mele te vor răni pentru că trebuie să plec.

***Pacienta**: Nu, de fel (linişte).*

***Terapeutul**: Cred că utilizezi tăcerea ca un mod de a mă părăsi înainte ca eu să fiu cel care te părăseşte.*

***Pacienta**; Nu. De fapt chiar mă gândeam să renunţ la terapie pentru că lucrurile merg mai bine cu mine. Relaţiile mele exterioare s-au îmbunătăţit.*

***Terapeutul**: (care avea în minte ceea ce învăţase în legătură cu modul în care se încheie o terapie); Simţi că aceste realizări se datorează lucrului nostru comun sau sunt doar efectul progresului tău?*

***Pacienta**: Sunt o realizare a mea personală.*

Terapeutul a încercat s-o convingă pe pacientă să mai reflecteze în legătură cu decizia de a întrerupe terapia.

Cu toate acestea, la următoarea şedinţă pacienta a afirmat faptul că nu mai are bani suficienţi să continue terapia.

Pacienta a pus în funcţiune un pattern de comunicare indirectă; stomatologul neglijent aparţine unei categorii de medici neglijenţi din care face parte şi terapeutul.

Intervenind prea devreme, terapeutul a pierdut şansa de a afla dacă afirmaţia se referă sau nu la el.

11. Re-orientarea şedinţei de analiză

Uneori în timpul unei şedinţe psihanaliză este necesar ca terapeutul să lase impresia că ştie, deşi nu ştie. Adesea pacientul va produce materialul suplimentar pentru descifrarea conţinutului inconştient care până atunci rămăsese ascuns.

➤ ***Caz 3***

O pacientă de 25 de ani, aflată în al doilea an de psihanaliză, rămâne însărcinată - lucru pe care şi-l dorea demult, sora ei mai mică având deja un copil.

În primele luni de sarcină pacienta a păstrat secretul sarcinii, fiind informaţi doar soţul şi terapeutul. Păstrarea secretului era importantă pentru ea deoarece ea a suferit mereu de tentativele mamei de a-i controla existenţa. Căsătoria i-a permis să se elibereze de tirania mamei văduve, ea locuind suficient de departe de aceasta, fapt ce nu-i permitea să se mai amestece în viaţa pacientei.

După câteva luni pacienta a venit la terapie foarte necăjită pentru că sora ei i-a descoperit secretul şi ea va fi obligată să-i spună mamei adevărul înainte de perioada hotărâtă de ea.

De când sora sa a întrebat-o în legătură cu sarcina, pacientei i-a apărut o puternică durere de cap.

Terapeutul a interpretat simptomul ca fiind rezultatul anxietăţii legate de intervenţiile brutale ale mamei în viaţa ei. Pacienta a fost de acord cu interpretarea. Sarcina a fost prima ei experienţă în care nu s-a amestecat nimeni. Nici căsătoria nu a fost scutită de aceasta. Durerile de cap însă au continuat.

***Interpretare**: Aluzia pacientei cu privire la căsătorie este interpretată de terapeut prin aceea că pacienta se temea şi de faptul că soţul se va amesteca în viaţa ei, căsătoria fiind o altă variantă a relaţiei cu mama - şi anume că ea va fi controlată de cineva.*

Terapeutul va reorienta procesul terapiei. Dacă până acum a interpretat durerea de cap ca fiind produsă de teama de a nu fi dirijată de mamă, apare acum posibilitatea de a o interpreta ca o aluzie la copil; nu cumva simptomul reprezintă teama pacientei legată de faptul că copilul ar simboliza încercarea mamei de a pune stăpânire pe ea din interiorul corpului.

Pacienta a acceptat interpretarea şi a scos la iveală gândul ascuns că şi-ar putea urî propriul copil, adăugând că durerea de cap ar putea fi expresia conflictului dintre iubirea protectoare pentru copil şi impulsul ei de o viaţă de a scăpa de orice i-ar îngrădi libertatea. După şedinţă ea constată că pentru prima dată, după multe zile, durerea de cap a încetat.

12. Insight oferit sau impus?

Interpretările nu sunt totdeauna oferite de analist, ci pot fi şi forţate, impuse. Dacă pacientul refuză interpretarea, aceasta este o dovadă că ea e adevărată şi că pacientul a pus în acţiune rezistenţele.

Dar, pentru că este posibil ca şi terapeutul omniscient să greşească, el trebuie să se lase ajutat de pacient.

Pentru ca terapeutul să nu impună pacientului propriile idei, el trebuie să fie eliberat de dorinţa prea puternică de a vindeca şi de a influenţa.

Când pacientul refuză o interpretare sau o acceptă formal, se spune că este vorba de rezistenţele acestuia. De multe ori este aşa, dar e posibil ca terapeutul să nu fi observat ceva sau să manifeste propriile sale rezistenţe (nu vrea cu nici un preţ să renunţe la interpretarea sa).

Exemplu:

Un terapeut de sex feminin aflat în pregătire, afirmă în faţa grupului de lucru format din colegi, că are un pacient care ţipă la ea în timpul şedinţelor de psihoterapie şi ea nu poate înţelege de ce, suportând cu calm ţipetele acestuia.

În urma discuţiilor cu colegii a rezultat faptul că terapeuta era "surdă" la ceea ce dorea să comunice pacientul şi că acesta striga, doar-doar se va face cumva înţeles.

Terapeuta a reflectat asupra acestei sugestii şi a raportat faptul că a reuşit să înţeleagă ceea ce dorea să spună pacientul, iar acesta din urmă s-a liniştit.

Desigur, aceasta nu înseamnă că pacienţii trebuie să controleze procesul terapeutic.

Pentru a ne apăra de distorsionările produse de excesul de interpretări teoretice, terapeutul trebuie să-şi pună următoarele întrebări:

(1) Este respectată individualitatea pacientului - acesta este ignorat sau se încearcă manipularea lui forţată?

(2) Cine şi ce conţinut aduce la un moment dat în timpul procesului analitic şi de ce?

Un alt exemplu de interpretare greşită:

➤ ***Caz nr.4.***

Încă într-o fază timpurie a analizei, Dna B (care suferise arsuri grave când avea 11 luni) îi spune terapeutului că suferinţele şi amintirile acelei traume îi albesc părul. Terapeutul se uită cu atenţie şi nu vede nici un fir de păr alb. Atunci el se întreba dacă nu cumva aceasta este o invitaţie de a se apropia fizic de pacientă, ea încercând o manipulare isterică.

Ascultând însă cu atenţie cele spuse de dna B, care puneau în evidenţă o mare suferinţă interioară, terapeutul şi-a spus că se află pe o pistă greşită, căutând semne exterioare şi nu interioare. Pacienta se referea de fapt la lumea sa interioară, ea spunând că experimentele traumatizante din copilărie au îmbătrânit-o în mod prematur. Rănile ei psihice nu fuseseră vindecate.

Psihoterapia dinamică post-freudiană

Modelul prototip pentru terapiile dinamice este psihanaliza clasică întemeiată de Freud.

Celelalte terapii de orientare analitică aduc modificări atât sub aspect conceptual, teoretic, cât şi sub aspectul metodologic (durata terapiei, cazuistica abordată). Aceste sisteme încearcă să depăşească parţial sau total accentul exagerat pus de Freud asupra aspectelor biologice ale personalităţii, subliniindu-se şi rolul unor aspecte sociale,

etice şi culturale în determinismul psihismului uman (Adler; Horney; Sullivan; Fromm; Reichmann; Meyer; Masserman şi alţii). Jung lărgeşte temporalitatea personalităţii umane, accentuând ceea ce el denumea trecutul său primordial, iar Rank, Alexander, Deutsch şi Karpman extind sfera procedeelor de tratament precum şi scopurile psihoterapiei.

Se încearcă şi remanierea relaţiei pacient - terapeut indicându-se ca terapeutul să fie mai flexibil, mai direct şi/sau mai activ în relaţia cu pacientul (Adler; Sullivan; Rank; Alexander; Stekel; Ferenczi; Rosen).

Deşi încă mulţi psihanalişti continuă să fie adepţii curei psihanalitice clasice de termen lung, care poate dura ani de zile, au apărut şi reprezentanţi ai unor psihoterapii analitice de scurtă durată.

Mann (1973) descrie aşa-numita "psihoterapie limitată în timp". Această abordare, centrată în principal asupra reducerii simptomelor, utilizează metodele psihodinamice în cursul unui tratament care durează douăsprezece şedinţe. Poate că cel mai extins program de psihoterapie dinamică de scurtă durată, care cuprinde şi cea mai importantă componentă de evaluare, aparţine lui Strupp şi colaboratorilor (Strupp, 1981, cit. Coleman; Butcher; Carson, 1984).

Acest sistem, cunoscut sub denumirea de "psihoterapie dinamică limitată în timp" merge mai departe decât programul lui Mann doar de reducere de simptome, având pretenţia de a produce modificări durabile în sfera personalităţii pacienţilor în cursul unei terapii care durează 25-30 de şedinţe.

Au mai apărut şi alte diferenţe în psihoterapia dinamică contemporană. Astfel, terapeuţii analişti tind să acorde o atenţie mai mare funcţiilor ego-ului, considerându-l pe acesta ca pe un factor de dezvoltare şi de control al vieţii individuale (Hartman, 1958). Astfel, omul este considerat ca o fiinţă care este mai capabilă de a se autocontrola şi mai puţin dominată de experienţele refulate ce ţin de sexualitatea timpurie, ca în psihanaliza tradiţională.

Deşi evenimentele din copilărie sunt în continuare considerate ca experienţe formative importante, psihanaliştii contemporani pun un accent ceva mai mare pe relaţiile interpersonale şi pe situaţiile actuale ale pacientului. Există diferenţe de opinii între psihanalişti şi în ceea

ce priveşte cazuistica abordată. Dacă psihanaliştii ortodocşi lucrează doar cu cazuri considerate în mod clasic ca fiind potrivite pentru psihanaliză (fobii, acte compulsiv-obsesive, stări anxioase, isterii), alţi psihanalişti au curajul să abordeze şi cazuri mai dificile cum ar fi, de pildă, personalităţile schizoide, paranoide sau pacienţii cu depresii moderate.

În ciuda acestor modificări psihanaliza este criticată şi astăzi de mulţi autori mai ales pentru durata ei prea lungă (fapt ce o face să fie şi foarte costisitoare pentru pacient), pentru faptul că se bazează pe o teorie discutabilă asupra naturii umane, pentru neglijarea problemelor curente ale pacienţilor şi accentuarea conflictelor inconştient timpurii.

Deoarece îşi propune o restructurare profundă a personalităţii, ea are un câmp de aplicare mai restrâns, fiind potrivită pentru persoane cu inteligenţă medie sau peste medie, cu o situaţie financiară bună şi care nu suferă de boli psihice majore.

Cu toate acestea, există multe mărturii din partea unor persoane care au beneficiat de pe urma psihanalizei, care i-a ajutat să se autocunoască şi să se înţeleagă mai bine, să se elibereze de anxietate şi conflicte interioare şi să-şi îmbunătăţească relaţiile interpersonale.

CAPITOLUL 3
PSIHOTERAPIILE DE ORIENTARE COMPORTAMENTALĂ

Orientarea comportamentală a apărut ca o reacţie faţă de psihoterapiile bazate pe "insight" (iluminare) care puneau un accent deosebit pe forţele ascunse, de natură inconştientă ale psihicului uman.

Baza teoretică a terapiilor comportamentale îşi are originea în teoriile învăţării, care considerau că personalitatea umană se structurează şi funcţionează în raport de stimulii exteriori, de situaţiile, rolurile şi interacţiunile sociale şi nu de forţele psihice interne, abisale.

În formele sale extreme, orientarea comportamentală neagă total existenţa factorilor psihologici de natură interioară.

Terapeuţii comportamentalişti se ocupă de comportamentul observabil şi de condiţiile de mediu care îl modelează, psihoterapia fiind înţeleasă ca un proces de învăţare. Conform acestei orientări nevroza este considerată ca un fenomen învăţat şi prin aceasta îşi pierde caracterul misterios.

Reacţiile, emoţiile şi deprinderile dezadaptative au fost achiziţionate în cursul istoriei vieţii individuale şi ele s-au fixat deoarece au permis cândva subiectului să evite anumite experienţe traumatizante. Ele tind să fie repetate nu numai în prezenţa stimulilor aversivi care le-au generat ci şi într-o serie de situaţii cu caracter similar. Aceste reacţii nedorite fac obiectul psihoterapiei care îşi propune să le elimine. Deci, în concepţia comportamentaliştilor, psihoterapia nu mai vizează o restructurare şi reconstrucţie a personalităţii, ci doar reducerea şi eliminarea simptomelor.

Astfel, Reyna (*cit. Lazarus, 1987*) arată că psihoterapia este considerată ca un set de procedee menite să elimine o multitudine de reacţii emoţionale cu caracter dezadaptativ, de comportamente nedorite şi să elaboreze modele de comportament mai eficiente, care să permită individului să facă faţă sarcinilor cotidiene, să interacţioneze adecvat cu alte persoane şi situaţii.

Conceptele de bază ale psihoterapiei comportamentale sunt cele de întărire socială şi de control al comportamentului. Principiul întăririi se referă la utilizarea şi manipularea stimulilor ambianţei astfel încât anumite categorii de comportamente să fie recompensate şi în felul

acesta să crească probabilitatea lor de manifestare. Psihoterapia devine astfel un proces logic de control al comportamentului bazat pe cunoaşterea condiţiilor care permit modificarea acestuia.

Decondiţionarea ca principiu terapeutic nu reprezintă o noutate în terapie. Încă înainte ca teoriile învăţării să capete în psihologie o amploare atât de mare, a fost utilizată aşa-numita tehnică a "practicii negative" (*Dunlap, 1917; 1932*) în tratamentul logonevrozelor şi nevrozelor motorii (mai ales în terapia ticurilor). Această tehnică solicită pacientul să practice în mod deliberat deprinderea greşită astfel încât aceasta să se supună controlului voinţei. Aceste procedee sunt cunoscute sub denumirea de decondiţionare, desensibilizare sau reeducare.

După anul 1950 aceste practici psihoterapeutice au luat amploare, astfel încât la ora actuală orientarea comportamentalistă a devenit una din direcţiile prioritare în psihoterapia contemporană.

Terapeuţii de orientare comportamentalistă citează adesea unul din celebrele experimente ale lui Watson şi Rayner (1920) în cursul cărora un copil de 11 luni a fost condiţionat să dezvolte o reacţie de frică în prezenţa unui şobolan alb, prin asocierea prezentării animalului cu un zgomot foarte puternic. Treptat teama s-a generalizat, ea apărând şi la alte animale sau obiecte fabricate din blană sau pluş.

Watson şi Rayner au anticipat principiile psihoterapiei comportamentale afirmând că dacă stimulul generator de teamă ar fi asociat cu un stimul agreabil, teama ar putea fi eliminată.

Astfel, dacă pacientul este instruit să-şi imagineze o experienţă anxiogenă într-o situaţie terapeutică relaxantă şi securizată el va constata curând că experienţa respectivă nu este urmată de consecinţele negative aşteptate, reacţia de evitare având un caracter nevrotic. prin intermediul unor procedee de acest tip pacientul învaţă să discrimineze între pericolele reale şi fricile sale iraţionale. Această interpretare pune accentul pe înţelegerea semnificaţiei stimulilor de către pacient, ea depăşind limitele stricte ale conceptului de condiţionare.

Din acest motiv mulţi psihoterapeuţi contemporani tind să interpreteze în felul acesta condiţionarea, ei generând orientarea denumită "psihoterapie cognitiv-comportamentală" (*Goldfried şi Goldfried, 1975; Meichenbaum, 1974*).

Această abordare reduce discrepanţa dintre psihoterapiile dinamice şi cele comportamentale. Diferenţa esenţială între cele două orientări terapeutice menţionate mai sus constă în modalitatea lor diferită de abordare a simptomelor. Orientarea dinamică este de părere că simptomul nu este important prin el însuşi, el fiind un simbol al unui proces nevrotic cu caracter mai profund. Acest proces psihopatologic trebuie scos la lumină şi numai în felul acesta pacientul va deveni mai adaptat la existenţă.

Pentru terapeuţii comportamentalişti această orientare este un nonsens. Simptomul nu simbolizează nici o problemă mai profundă, ci reprezintă el însuşi o problemă care trebuie eliminată fără pretenţia de a modifica altceva din structura personalităţii pacientului. Dacă simptomul a fost achiziţionat prin învăţare, efortul terapeutic trebuie orientat în direcţia dezvăţării, procesul de învăţare find inversat.

În concepţia terapeuţilor de orientare dinamică înlăturarea simptomului nu este considerată vindecare. Mai mult, această eliminare fără atacarea procesului nevrotic de bază este considerată periculoasă pentru că simptomul este doar expresia superficială a unui proces psihopatologic profund, care poate genera noi simptome adesea mai severe decât cel abordat.

Terapeuţii comportamentalişti nu-şi pun astfel de probleme, scopul psihoterapiei constând în decondiţionarea subiectului de comportamente nedorite şi în înlocuirea lor cu comportamente dezirabile.

În perspectiva behavioristă persoana dezadaptată este diferită de cea normală prin aceea că a eşuat în dobândirea unor abilităţi de a face faţă evenimentelor cotidiene şi în acelaşi timp a achiziţionat modele de comportament greşite.

Tehnici ale psihoterapiei comportamentale
(*după Coleman; Bucher; Carson, 1984*)

1. **Tehnica stingerii comportamentelor nedorite**

Modelele de comportament învăţate au tendinţa de a slăbi şi de a dispărea în timp dacă nu sunt întărite corespunzător. Acest fenomen este evident mai ales în situaţiile în care comportamentul nedorit a fost întărit fără voie de alte persoane.

Astfel, copilul Billy, de 6 ani (Colleman; Bucher; Carson, 1984) a fost adus la clinica de neuropsihiatrie infantilă pentru că detesta şcoala, comportamentul său în clasă având un caracter agresiv care deranja lecţiile şi făcea ca Billy să fie respins de colegii săi.

Observând cu atenţie comportamentul părinţilor în timpul interviului clinic psihoterapeutul a constatat că ambii părinţi erau foarte permisivi şi aprobau tot ce făcea sau spunea copilul.

Programul de psihoterapie propus a cuprins următoarele etape:

a) Părinţii au fost ajutaţi să discrimineze între comportamentele reale şi cele cu caracter demonstrativ ale copilului;

b) Părinţii au fost învăţaţi să ignore copilul, neacordându-i interes şi atenţie atunci când punea în funcţiune comportamente demonstrative. Ei trebuiau, dimpotrivă, să manifeste aprobare pentru comportamentele dezirabile;

c) Învăţătoarea a fost, la rândul ei, instruită să-l ignore pe Billy când acesta se comporta necorespunzător şi să-i acorde atenţie când se comporta bine.

Comportamentele nedorite, cu caracter demonstrativ ale copilului, s-au accentuat în clasă în primele zile, ele reducându-se apoi din ce în ce mai mult, nemaifiind întărite de părinţi şi învăţătoare.

Odată cu diminuarea acestor comportamente copilul a început să fie tot mai mult acceptat de colegi, ceea ce a constituit o nouă întărire a modelelor dorite de comportament şi a modificat atitudinea sa negativă faţă de şcoală.

Există două tehnici psihoterapeutice mai cunoscute care se bazează pe principiul stingerii comportamentelor nedorite;

- terapia implozivă;
- tehnica expunerii (flooding).

Ambele tehnici utilizează principiul stingerii reacţiilor condiţionate de evitare a stimulilor axiogeni şi din acest motiv sunt indicate în tratamentul tulburărilor anxioase. Metodele sunt asemănătoare în esenţă, diferenţa constând în aceea că în cursul terapiei implozive pacientul se confruntă cu situaţia anxiogenă în plan imaginar, în timp ce în cursul celei de-a doua tehnici confruntarea cu stimulul anxiogen are loc chiar în realitate.

În cursul terapiei implozive pacientului se cere să-şi imagineze situaţii care îi produc anxietate; terapeutul în loc să-l liniştească manevrează astfel situaţia încât să se producă o creştere masivă a anxietăţii. Prin expuneri repetate la situaţii anxiogene în condiţii de securitate afectivă stimulii anxiogeni îşi pierd forţa şi comportamentul de evitare a respectivelor situaţii are tendinţa să se stingă.

Hipnoza şi medicamentele psihotrope pot fi utilizate pentru a creşte sugestibilitatea subiectului şi a facilita demersul psihoterapeutic. Confruntarea reală cu situaţiile anxiogene (flooding) se utilizează cu succes mai ales la subiecţii cu capacităţi imaginative limitate. Astfel, un pacient cu fobie de locuri înalte poate fi dus de terapeut în astfel de locuri (pe acoperişul unor blocuri, pe poduri etc.).

Într-un studiu pe pacienţi cu agorafobie (teama de spaţii deschise), Emmelkamp şi Wesels (1975) au demonstrat experimental că expunerea prelungită la stimuli anxiogeni in vivo s-a dovedit superioară celei imaginative.

Cu toate acestea, există şi subiecţi pentru care expunerea reală la stimuli anxiogeni este prea dură.

Aceiaşi autori (*Emmelkamp şi Wesels, 1975*) citează cazul unui pacient agorafobic, care s-a ascuns în pivniţă de teama de a nu fi obligat să se plimbe pe stradă împreună cu terapeutul.

Datele clinice au demonstrat că deşi marea majoritate a pacienţilor răspund favorabil la aceste tehnici, unii subiecţi nu obţin rezultate, iar la un număr foarte mic se poate produce chiar o exacerbare a simptomatologiei.

2. **Tehnica desensibilizării sistematice**

Această tehnică s-a dovedit utilă în reducerea unor modele de comportament nedorite, prin punerea în acţiune a altor modele comportamentale antagoniste.

Prin tehnica desensibilizării subiectul este învăţat să se relaxeze sau să se comporte într-un mod care este incompatibil cu apariţia anxietăţii în prezenţa unor stimuli anxiogeni reali sau imaginari.

Tehnica desensibilizării nu se adresează în exclusivitate comportamentelor fixate prin întărirea negativă, ci unei game mult mai largi de situaţii.

Termenul de "desensibilizare sistematică" îi aparţine lui Wolpe (1969). Pornind de la principiul că modelele de comportament bazate pe anxietate nu sunt altceva decât răspunsuri condiţionate, autorul a elaborat o metodă prin care pacientul este învăţat să rămână calm şi relaxat în situaţii anxiogene. Metoda cuprinde următoarele etape:

a) Învăţarea relaxării

Aceasta se realizează în primele şase şedinţe de psihoterapie, după metoda relaxării musculare progresive a lui Jacobson (1938). În unele situaţii se poate apela şi la alte tehnici de relaxare, hipnoză, meditaţie şi chiar la medicamente, pentru a facilita destinderea subiectului.

b) Stabilirea ierarhiilor

Tot în cursul primelor şedinţe de psihoterapie se stabileşte o ierarhie a situaţiilor generatoare de anxietate pentru subiect, în ordine descrescătoare de la situaţia cea mai anxiogenă până la cea mai puţin anxiogenă.

De pildă, în cazul unui copil cu fobie de câini, contactul direct cu animalele mari poate reprezenta stimulul cel mai anxiogen, pozele cu câini un stimul mai puţin anxiogen, iar prezenţa altor animale mici cu blană - un stimul şi mai puţin anxiogen.

c) Procedeul desensibilizării

După ce subiectul stăpâneşte bine tehnica de relaxare i se cere să se relaxeze cu ochii închişi, în timp ce terapeutul îi descrie tot felul de scene, începând cu unele neutre şi înaintând progresiv pe linia ierarhiei stimulilor generatori de anxietate. Pacientul, aflat în relaxare, este solicitat să-şi imagineze fiecare situaţie descrisă de terapeut. În momentul în care pacientul afirmă că simte anxietatea, şedinţa se încheie. Tratamentul continuă până când pacientul devine capabil să rămână relaxat în timp ce îşi reprezintă scene care înainte îi trezeau o reacţie anxioasă de amploare.

Durata medie a unei şedinţe de desensibilizare este de 30 minute, şedinţele având loc de 2-3 ori pe săptămână.

Un program complet de psihoterapie durează de la câteva săptămâni la câteva luni.

Există şi variante terapeutice în cadrul cărora desensibilizarea are loc in vivo, pacientul fiind instruit să se confrunte şi cu situaţii reale

pe care şi le-a imaginat în timpul şedinţelor de psihoterapie.

Wolpe (1969) a subliniat următoarele situaţii în care tehnica desensibilizării s-a dovedit ineficientă:

- la pacienţi cu dificultăţi în învăţarea relaxării;
- în cazul în care ierarhiile de stimuli anxiogeni sunt irelevante sau pot ghida greşit subiectul;
- în cazul existenţei unei inabilităţi imaginative a subiectului.

Tehnica psihoterapeutică a desensibilizării s-a dovedit utilă într-o serie de situaţii cum ar fi: reducerea tracului de examen, terapia fobiilor, a tulburărilor anxioase, cât şi în unele cazuri de impotenţă şi frigiditate.

3. **Psihoterapia aversivă**

Această metodă presupune înlăturarea modelelor nedorite de comportament prin metoda clasică a sancţiunilor. Sancţiunea presupune atât înlăturarea întăririlor pozitive cât şi utilizarea unor stimuli aversivi. Cel mai des utilizaţi stimuli aversivi sunt şocurile electrice. Deşi utile, pedepsele sunt rareori utilizate ca unică metodă de tratament.

Prima utilizare sistematică a tehnicii aversive aparţine lui Kantorovich (1930) care a tratat alcoolicii prin administrarea unor şocuri electrice asociate cu prezentarea vizuală, mirosul şi gustul unor băuturi alcoolice.

Ulterior tehnica aversivă a fost aplicată la o gamă largă de tulburări sau deprinderi greşite cum ar fi: fumatul, consumul de băuturi alcoolice, mâncatul excesiv, dependenţa de droguri, deviaţii sexuale şi chiar în cazul unor comportamente psihotice bizare.

La ora actuală utilizarea şocurilor electrice ca stimuli aversivi a scăzut mult, atât datorită aspectelor etice implicate cât şi datorită faptului că noile comportamente dezirabile induse prin această metodă nu au tendinţa de a se generaliza şi la alte situaţii decât strict la cele asupra cărora s-a acţionat direct.

Au fost puse la punct procedee mai puţin periculoase şi mai eficiente, cum ar fi, de pildă, metoda întăririi diferenţiate în cadrul căreia sunt întărite comportamentele incompatibile cu cele indezirabile.

Psihoterapia aversivă reprezintă o modalitate de a stopa răspunsurile dezadaptative pentru o perioadă de timp în care ar exista posibilitatea de a produce modificări în stilul de viaţă al subiectului

prin încurajarea modelelor de comportament adaptative care au tendința de a se autoîntări. Acest element prezintă o importanță deosebită deoarece, astfel, pacientul se va abține de la comportamentul nedorit în situația psihoterapeutică în care este sancționat, el continuând însă să le manifeste în situațiile reale, unde se simte în siguranță.

4. Metoda modelării

Această metodă presupune însușirea unor modele dezirabile de comportament prin imitarea altor persoane cum ar fi terapeutul sau părintele.

Pacientul este confruntat cu anumite tipuri de comportament realizate de către terapeut și încurajat să le imite.

Astfel, de pildă, modelarea s-a dovedit eficientă în acumularea unor deprinderi de alimentare independentă la copiii deficienți mintal.

5. Psihoterapia asertivă

Psihoterapia sau antrenamentul asertiv a fost utilizat atât ca metodă de desensibilizare cât și de formare a unor abilități de a face față diverselor situații de viață. Această tehnică s-a dovedit eficientă mai ales în cazul persoanelor care au dificultăți în stabilirea unor contacte interpersonale datorită anxietății accentuate care îi împiedică să se exprime liber și chiar să-și manifeste sentimentele de afecțiune.

Psihoterapia asertivă este indicată și în cazul subiecților care în mod constant îi lasă pe ceilalți să-i manipuleze sau să profite de pe urma lor.

Antrenamentul asertiv are menirea de a-l învăța pe subiect să-și exprime deschis și adecvat gândirile și sentimentele. Acest antrenament se desfășoară în etape, comportamentul asertiv find practicat inițial în cabinetul de psihoterapie și abia ulterior în viața reală. Se acordă o atenție sporită dezvoltării unor deprinderi și abilități de relaționare interpersonală.

Pacienții timizi sunt învățați să adreseze altor persoane remarci directe și mai puțin confortabile, fără ca în spatele lor să se afle sentimente de ostilitate sau agresivitate (de pildă, se pot adresa partenerului remarci de tipul: "nu-mi place cum te-ai pieptănat", sau "această rochie nu-ți stă bine" etc.).

Wolpe (1969 b) a arătat că psihoterapia asertivă nu este eficientă în cazul fobiilor care se referă la stimuli cu caracter impersonal.

De asemenea, tehnica nu este indicată nici în cazul anumitor tipuri de situații interpersonale, astfel, de pildă, în cazul unei persoane respinse de altcineva, psihoterapia asertivă mai mult tinde să agraveze situația decât să o rezolve.

6. Orientarea ce tinde să reconcilieze psihoterapia comportamentală cu terapia psihodinamică

Arnold Lazarus (1971) este un psihoterapeut flexibil care are tendința de a reconcilia orientarea comportamentalistă cu cea psihodinamică. El afirmă că, de pildă, în spatele unui comportament fobic se poate ascunde o problemă mult mai complexă și mai profundă a pacientului. În opinia sa, psihoterapeuții comportamentaliști nu trebuie să-și aplice tehnica în mod mecanic și rigid, ci trebuie să utilizeze o gamă mai largă de abordări ale pacientului, alegând, în urma unei examinări aprofundate a acestuia, acel demers terapeutic care se potrivește mai bine fiecărui caz în parte.

Arnold Lazarus (cit. Richard Lazarus, 1976, p. 335) prezintă un caz în care fobia de a traversa poduri ascunde în spatele ei un fenomen mai complex, care rămâne neobservat pentru un psihoterapeut comportamentalist care își aplică tehnica în mod clasic.

***Pacientul**: Simt o frică puternică atunci când trebuie să traversez un pod.*

***Terapeutul**: Mai și alte frici sau dificultăți?*

***Pacientul**: Doar complicațiile care rezultă din faptul că mi-e frică să trec peste un pod.*

***Terapeutul**: În ce fel această teamă îți influențează viața?*

***Pacientul**: Am fost nevoit să renunț la un loc de muncă excelent în Berkeley.*

***Terapeutul**: Unde locuiești?*

***Pacientul**: În San Francisco.*

***Terapeutul**: Atunci de ce nu te-ai mutat în Berkeley?*

***Pacientul**: Prefer să locuiesc în oraș.*

***Terapeutul**: Pentru a ajunge la acel institut trebuie să traversezi Golden Gate?*

***Pacientul**: Da. am consultat un psihoterapeut în San Francisco. Acesta a încercat să mă desensibilizeze, dar nu a reuşit, şi atunci m-a trimis la dumneavoastră. Nu era chiar atât de rău când eram împreună cu soţia şi copiii, dar chiar şi atunci, Golden Gate, care are o lungime de o milă, mă aducea la capătul puterilor.*

***Terapeutul**: Spune-mi, de cât timp ai această problemă?*

***Pacientul**: De 4 ani. A apărut brusc când mă întorceam acasă de la serviciu pe podul Bay, pe care se circulă foarte încet. Dintr-o dată am fost cuprins de o stare de panică fără motiv. Îmi venea să intru în maşinile din faţa mea. O dată am avut chiar senzaţia că podul se va rupe.*

***Terapeutul**: Să revenim la situaţia în care panica a apărut pentru prima dată. Spuneai că te întorceai de la muncă. S-a întâmplat ceva la serviciu?*

***Pacientul**: Nimic neobişnuit.*

***Terapeutul**: Te simţeai bine la serviciu?*

***Pacientul**: Da! Eram chiar propus pentru promovare.*

***Terapeutul**: Ce înseamnă asta concret?*

***Pacientul**: 3000 de dolari în plus pe an.*

***Terapeutul**: Asta însemna că trebuie să faci alt fel de muncă?*

***Pacientul**: Da, trebuia să devin şef de serviciu având sub ordine mai mult de 50 de oameni.*

***Terapeutul**: Ce ai simţit în legătură cu această situaţie?*

***Pacientul**: Nu înţeleg ce vreţi să spuneţi?*

***Terapeutul**: Mă refer la modul în care ai resimţit responsabilitatea suplimentară. Simţeai că eşti la înălţimea ei, că poţi să-i faci faţă?*

***Pacientul**: Soţia mea aştepta primul copil. Nişte bani în plus mi-ar fi prins bine.*

***Terapeutul**: Deci, în aceeaşi perioadă aşteptai să devii tată şi să fii promovat într-o funcţie de conducere. Trebuia deci să faci faţă la două noi roluri sociale solicitante - "tătic" acasă şi "tătic" la serviciu. Aceasta s-a întâmplat atunci când ai fost cuprins de panică pe pod. Sunt convins că nu ai ajuns niciodată şef.*

***Pacientul**: Nu. A trebuit să-mi cer transferul în oraş.*

***Terapeutul**: Acum te rog să analizezi cu atenţie întreaga situaţie. Ai avut vreodată vreun accident pe pod sau lângă un pod? Sau ai fost martorul unui accident în zona unui pod?*

***Pacientul**: Nu.*

***Terapeutul**: Lucrezi în continuare pentru aceeaşi companie?*

***Pacientul**: Nu. Am primit o ofertă mai bună, cu mai mulţi bani, de la o companie din oraş. Lucrez la ei de aproximativ un an şi jumătate.*

***Terapeutul**: Câştigi mai mulţi sau mai puţini bani decât ai fi câştigat la Berkeley?*

***Pacientul**: Aproximativ la fel, dar preţurile au crescut, aşa că, de fapt, câştig mai puţin.*

***Terapeutul**: Dacă nu ţi-ar fi apărut fobia de poduri şi ai fi lucrat la Berkeley pentru 3000 de dolari în plus, unde crezi că te-ai afla astăzi?*

***Pacientul**: În Berkeley, bineînţeles.*

***Terapeutul**: Ca şef? Cu mai mulţi bani?*

***Pacientul**: Pe naiba! Cine ştie? (Râde). Poate că aş fi ajuns chiar vice-preşedintele companiei.*

***Terapeutul**: Şi ce ar fi însemnat asta?*

***Pacientul**: Glumesc, dar ar fi fost posibil să fie chiar aşa.*

Terapia, în cazul acestui pacient, a fost deplasată de la problema fobiei de poduri la unele aspecte din istoria vieţii pacientului. Acesta era cel mai mic din cinci fraţi şi şi-a însuşit aprecierea mamei sale că, spre deosebire de fraţii săi deosebit de dotaţi, nu va ajunge niciodată nimic în viaţă.

A fost utilizată tehnica desensibilizării, dar nu pentru fobia de poduri, ci pentru condiţionările negative din copilărie. A fost realizată o ierarhizare a afirmaţiilor făcute de mamă, afirmaţii care urmăreau minimalizarea calităţilor subiectului care a fost imunizat faţă de afirmaţii de acest tip. În acelaşi timp el a fost antrenat după metoda psihoterapiei asertive.

O dată ce a căpătat încredere în sine, fobia de poduri a dispărut la fel de brusc cum a apărut.

La pacientul în cauză fobia de poduri avea funcţia de a preveni impactul cu neîncrederea şi nesiguranţa sa în domeniul profesional, al competenţei, responsabilităţii şi autorealizării.

Acest caz ilustrează modul în care un terapeut comportamentalist s-a apropiat de o orientare psihodinamică în psihologie.

O direcție prin care are loc reconcilierea orientării comportamentaliste cu cea psihodinamică o reprezintă interesul sporit al terapeuților pentru tehnicile de autoreglare și autocontrol al stărilor psihice.

Pacienții solicită ajutor psihoterapeutic pentru că dintr-un motiv sau altul nu se mai pot autocontrola (nu-și pot controla tensiunile musculare, ideile obsesive, fricile irațională, nu se pot stăpâni să mănânce, să bea sau să manifeste comportament agresiv). Obiectul terapiei comportamentale este, conform acestei orientări, învățarea pacientului să-și redobândească autocontrolul asupra lui însuși.

Psihoterapeuții comportamentaliști mai puțin ortodocși acceptă faptul că factorii interni; gânduri, intenții, expectații, planuri etc. joacă un rol foarte important în viața individului, chiar dacă ei sunt influențați și modelați de stimuli externi, de recompensele și sancțiunile oferite de mediul înconjurător.

Pacienții sunt astfel antrenați să-și recapete autocontrolul asupra impulsurilor, tendințelor, reacțiilor, comportamentelor sociale prin manipularea atât a factorilor interni cât și a celor externi.

Goldfried și Merbaum (1973) definesc autocontrolul ca fiind procesul prin care un individ devine factorul principal în ghidarea, direcționarea și reglarea acelor trăsături ale propriului comportament în vederea obținerii unor consecințe pozitive dezirabile.

Autocontrolul reprezintă o capacitate dobândită, care se formează prin învățare, în urma unor contacte sociale variate, iar repertoriul thenicilor de autocontrol se construiește progresiv în cursul interacțiunii cu factori complecși din mediul înconjurător.

În același timp, auto-controlul este rezultatul unei decizii personale, rezultate în urma unei deliberări conștiente, în scopul de a integra acțiunile menite să conducă la scopuri dezirabile stabilite de individul însuși.

Se poate afirma deci că autocontrolul este un proces mediat de instanțe de natură cognitivă, cu caracter conștient.

Metodele concrete de autocontrol includ tehnici de relaxare, autosugestie și de autoprogramare psihică.

CAPITOLUL 4
PSIHOTERAPII EXPERIENȚIALE: psihoterapia centrată pe client, psihoterapia centrată pe grup și psihoterapiile existențialiste

Abordarea psihoterapeutică experiențială.

Psihoterapeuții aparținând acestei orientări critică atitudinile deterministe și defetiste ale psihoterapeuților începând cu Freud, în legătură cu personalitatea umană. Aceste atitudini consideră eul ca fiind implacabil determinat și supus instinctelor și conflictelor inconștiente reprimate care îi ghidează întreaga existență și devenire. Ei afirmă că abordarea comportamentalistă ca și cea dinamică fac din om un automat care este depersonalizat, cu un comportament condus, programat și analizat.

Demersul experiențial reprezintă o valorificare a disponibilităților ființei umane, o realizare a universalității sale și are drept obiectiv principal contracararea alienării. Psihoterapia este dedicată depășirii experienței umane obișnuite. Astfel, Frankl (1966) arată că omul este străbătut de dorința de a găsi și de îndeplini un sens în cursul existenței sale.

Obiectivele terapiei sunt atât intrapersonale cât și transpersonale.

După Arendsen - Hein (1974) nivelul intrapersonal se referă la descoperirea ego-ului propriu, a propriei sale individualități, a stărilor sale emoționale și a modului în care se reflectă acestea în corpul fizic. Obiectivul transpersonal al terapiei se referă la orientarea spirituală, la orientarea omului în raport cu realitatea ultimă, la unitatea omului cu universul, cu planul cosmic, unitate prin intermediul căreia omul reușește să depășească limitele propriului său eu, contopindu-se într-o conștiință universală.

Psihoterapia experiențială consideră omul ca pe o entitate activă, auto-afirmativă, cu un potențial latent care trebuie verificat. Se optează astfel mai curând pentru perfecționare decât pentru vindecarea unor simptome sau boli. Scopul psihoterapiei îl reprezintă conștientizarea maximală a propriului eu sau atingerea unui nivel superior de conștiință prin care omul să devină conștient de semnificația lumii sale interne și externe și în același timp capabil s-o construiască.

Experienţialiştii pun accent pe autodeterminarea, creativitatea şi autenticitatea fiinţei umane, integrarea corpului cu mintea şi spiritul omului.

Orientarea experienţială are la bază filosofia existenţialistă europeană preocupată de trăirea şi devenirea fiinţei umane. La aceasta se adaugă şi contribuţia filosofiilor şi tehnicilor orientale de autodesăvârşire.

Tulburările psihopatologice sunt privite ca expresii ale scăderii potenţialului uman, ca un blocaj sau ca o pierdere a legăturii cu propria sa experienţă internă. Personalitatea nevrotică este o personalitate fragmentată şi reprimată, reprimarea fiind privită nu ca în psihoterapia dinamică, ca având o natură eminamente instinctuală, ci ca un fenomen ontologic: pierderea sensului existenţei şi blocarea posibilităţilor de manifestare a eului.

Astfel, nevroza devine o expresie a disperării existenţiale rezultate din înstrăinarea eului de sine însuşi şi de lumea sa, iar anxietatea reprezintă teama omului de a se confrunta cu propriile sale limite şi cu consecinţele acestora - moartea şi sentimentul nimicniciei. Originile sentimentului de culpabilitate sunt în ignorarea propriilor posibilităţi pentru valorificarea cărora omul este unicul responsabil.

Idealul psihoterapiei este crearea omului spontan, activ, creativ, autentic.

Şcoala psihoterapeutică experienţială pune accent pe trăirea (insight) emoţiilor şi experienţei prezente. Trăirea experienţei este mai degrabă un proces afectiv decât cognitiv, personal şi inobservabil de către o altă persoană. Acest proces subiectiv conduce ulterior la conceptualizare, el fiind iniţial implicit şi căpătând semnificaţii profunde pentru subiect o dată cu atingerea obiectivelor psihoterapiei. Schimbările terapeutice rezultă în urma procesului trăirii experienţei prin care semnificaţiile implicite ale evenimentelor ajung în conştiinţă, sunt puternic şi direct simţite şi sunt modificate chiar fără a fi în mod expres verbalizate.

La aceste schimbări terapeutice contribuie în mod substanţial şi relaţia dintre pacient şi psihoterapeut.

Una dintre ideile de bază ale acestei orientări este teza lui Rogers conform căreia orice organism are tendinţa înnăscută de a-şi dezvolta capacităţile la nivel optim atunci când este plasat în condiţii optime.

Dacă înţelegem acest adevăr, pacientul capătă o imagine optimistă despre propria sa persoană care este privită ca fiind valoroasă şi cu multe disponibilităţi ce trebuie realizate. Terapeutul nu trebuie să încerce să-l modifice pe pacient, ci doar să-i ofere un mediu plin de căldură şi înţelegere în care acesta să-şi poată actualiza posibilităţile.

Deci, conform acestei orientări, terapeutul nu este altceva decât un fel de catalizator care-l ajută pe pacient să-şi valorifice disponibilităţile latente şi să-şi restructureze propria sa personalitate.

Relaţia terapeutică este în acest tip de terapie o relaţie umană mutuală, încărcată afectiv, în cadrul căreia fiecare din cei doi parteneri încearcă în mod sincer şi deschis să comunice unul cu altul atât prin mijloace verbale cât şi non-verbale. Terapeutul nu intră în această relaţie în primul rând ca un specialist, ci ca o fiinţă omenească, ca o persoană care iniţiază o relaţie cu o altă persoană.

Terapeuţii experienţialişti nu sunt partizanii unei relaţii de tip părinte - copil ca în psihoterapia dinamică, nici profesor - elev ca în psihoterapia comportamentalistă, ci optează pentru o relaţie mai echilibrată cum ar fi cea dintre prieteni sau soţi.

Trebuie subliniat faptul că în cadrul orientării experienţialiste există o serie de şcoli prohoterapeutice diferite. Aceste şcoli, în marea lor majoritate de orientare existenţialistă, nu pun accent pe o anumită tehnică în abordarea şi înţelegerea fiinţei umane, considerând chiar că în cultura occidentală s-a făcut abuz de tehnici şi metode la care a fost supus omul. Pentru aceşti terapeuţi contează în mai mică măsură ceea ce face terapeutul, ci mai mult contextul psihoterapiei şi ceea ce **este** terapeutul. Acesta din urmă nu analizează trecutul pacientului sau mecanismele transferului şi contratransferului ca în terapiile dinamice, nu stabileşte pentru pacient scopuri şi obiective impunându-şi personalitatea asupra acestuia ca în terapiile comportamentale, ci oferă pacientului posibilitatea de a-şi controla din interior propriul proces de vindecare.

Dacă unele şcoli pun accent pe comunicarea verbală dintre terapeut şi pacient, altele în schimb subliniază mai mult abordările nonverbale, considerând că mai importantă este activitatea decât reflecţia, a face decât a spune, scopul final fiind combinarea acţiunii cu introspecţia.

Scopul trăirii experienței personale include conștientizarea senzațiilor corporale, a pozițiilor, a tensiunilor musculare, a mișcărilor, a proceselor fiziologice din organism. Conștientizarea corporală are un efect energizant și activator asupra subiectului.

Printre tehnicile care facilitează exprimarea eului pacientului sunt incluse tehnicile dramatice, de jucare de rol sau de imaginație dirijată. Fantezia, reveria sunt considerate preferabile exprimărilor verbale seci, interpretărilor și abordării strict cognitive. Pentru conștientizarea senzațiilor corporale se utilizează tehnici de relaxare musculară, thenici psihosomatice orientale și chiar manevre executate asupra corpului (masaj, presopunctură).

Pentru atingerea obiectivului celui mai înalt al acestei terapii - unirea trupului cu mintea și cu spiritul - unele școli utilizează tehnici meditative inspirate din culturile orientale. Starea de relaxare profundă servește, conform acestor orientări, transcenderii ego-ului individual și contopirii cu ceea ce ei numesc conștiința universală. După cum se poate lesne observa acest obiectiv este specific unui mare număr de sisteme religioase.

În scop terapeutic și autoformativ se utilizează și tehnici de educarea voinței, de concentrare a atenției și de relaxare prin pronunțarea mentală a unor sunete - "mantre" - așa cum se întâmplă în cadrul meditației transcedentale.

Orientarea experiențialistă cuprinde, după cum am mai arătat, mai multe direcții, dintre care cele mai importante sunt (*Karasu, 1980*):

1. Direcția filosofică, care pune la baza demersului psihoterapeutic filosofia existențialistă, tehnica utilizată fiind cea a dialogului mutual pe bază de tehnică verbală (cum se întâmplă în terapia centrată asupra clientului a lui Rogers sau în logoterapia lui Frankl).

2. Direcția psihosomatică, care pune un accent mai mare pe tehnici non-verbale, considerând că autoactualizarea eului se poate realiza mai bine prin concentrarea atenției asupra corpului propriu, a senzațiilor acestuia și a răspunsurilor senzoriale (ca în "Gestalt" - terapia lui Pearls) sau printr-o abreacție puternică a unor stări emoționale ca în analiza bioenergetică a lui Lowen sau metoda strigătului primar al lui Janov.

3. Abordarea spirituală, asemănătoare cu cea religioasă, care pune accentul pe experiența transcedentă sau transpersonală, ce implică

depășirea nivelului conștiinței individuale și ridicarea omului la nivele superioare de conștiință, urmărind scopul ultim de contopire a acestuia cu conștiința universală sau cosmică. Acest obiectiv se atinge prin renunțarea la regulile de conduită dictate de ego-ul individual, prin relaxare, concentrare, autodisciplină, antrenament al voinței și meditație, ca de pildă în "Meditația Transcendentală" sau Psihosinteza lui Assagioli.

Psihoterapia centrată pe client (Rogers)

Psihoterapia centrată pe client (sau pe persoană) s-a dezvoltat începând cu anii 1940 ca o puternică reacție față de psihanaliză. Rogers a negat opiniile lui Freud cu privire la primatul instinctelor iraționale asupra comportamentului uman, cât și rolul dominant al psihoterapeutului în calitate de interpret și conducător al procesului psihoterapeutic. În 1942, Carl Rogers a publicat lucrarea denumită "Psihoterapia non-directivă" în cadrul căreia termenul de pacient este înlocuit cu cel de client. Ulterior sistemul său psihoterapeutic va primi și denumirea de "psihoterapie centrată pe client".

Încrezător în forțele naturale de autovindecare ale organismului, el a văzut în psihoterapie un proces de îndepărtare a constrângerilor care împiedică acest proces să se manifeste.

Aceste constrângeri au sursa în solicitările nerealiste pe care și le autoimpun oamenii atunci când își imaginează că nu trebuie să trăiască un anumit gen de sentimente cum ar fi, de pildă, cele de ostilitate. Negând faptul că ei au astfel de sentimente, aceștia nu mai sunt conștienți de natura reacțiilor lor și în felul acesta pierd contactul cu experiența lor autentică, rezultatul fiind un nivel de integrare psihică mai scăzut, relații interpersonale falsificate și diferite forme de dezadaptare.

Obiectivul principal al psihoterapiei rogersiene este rezolvarea acestei incongruențe, respectiv ajutarea pacientului să se accepte pe sine.

Terapeutul stabilește un astfel de climat psihologic în cadrul căruia clientul se simte acceptat în mod necondiționat, înțeles și valorizat ca persoană. În acest climat el se simte liber pentru prima oară să-și

exploreze gândurile şi sentimentele reale, acceptându-şi ura, furia sau alte sentimente "urâte" ca părţi ale propriului său eu.

Pe măsură ce conceptul de sine devine tot mai congruent cu actuala experienţă, oamenii devin tot mai toleranţi cu ei înşişi, tot mai deschişi la noi experienţe şi perspective, tot mai bine integraţi.

În terapia centrată pe client, terapie denumită şi non-directivă, dirijarea procesului terapeutic nu este sarcina psihoterapeutului. Acesta nu dă răspunsuri sau interpretări, nu sesizează prezenţa conflictelor inconştiente şi nici măcar nu intervine activ în discursul pacientului. Terapeutul nu face decât să asculte cu atenţie şi cu o atitudine de acceptare ceea ce spune clientul, întrerupând doar pentru a formula cu alte cuvinte ceea ce a vrut să spună acesta. Aceste reformulări, fără a conţine în ele interpretări sau evaluări, îl ajută pe client să-şi clarifice sentimentele şi ideile pe care le explorează, să le privească mai atent şi să le conştientizeze.

Prezentăm, pentru exemplificare, un fragment dintr-un dialog terapeutic (Rogers, 1951, cit. Coleman; Butcher, Carassu, 1984, p 658-659):

***Alice**: Mă gândeam la felul cum mă port la serviciu. Mi-am făcut un obicei să încerc să fac oamenii să se simtă bine în jurul meu, să aplanez conflictele.*

***Consilierul**: Cu alte cuvinte, faci eforturi ca lucrurile din jurul tău să se desfăşoare cât mai lin şi oamenii să se simtă cât mai în largul lor.*

***Alice**: Da. Cred că asta este. Motivul pentru care o fac nu este că aş fi "bunul samaritean" care încearcă să-i facă pe clienţi fericiţi, ci pentru că mi-e mai uşor să joc rolul ăsta. L-am jucat mult timp şi acasă. Nu mi-am susţinut niciodată cu tărie convingerile în cazul în care am avut cu adevărat vreo convingere pe care s-o apăr.*

***Consilierul**: Simţi că de mult timp joci rolul persoanei drăguţe care netezeşte asperităţile şi aplanează conflictele?*

***Alice**: Da.*

***Consilierul**: Mai degrabă decât să ai propriile tale opinii sau reacţii. Nu-i aşa?*

***Alice**: Asta este. Nu am fost niciodată cu adevărat eu însămi sau nu am ştiut care este eul meu real. Ar trebui să joc propriul meu rol, pe care nu-l poate juca nimeni altcineva şi care ar trebui jucat. Voi încerca să dau viaţă acestui rol (Rogers, 1951, p. 152-153).*

Psihoterapia non-directivă se deosebeşte de alte abordări prin patru trăsături esenţiale, descrise încă de Rogers:

1. Se acordă o mai mare autonomie şi independenţă individului, considerându-se că acesta are o capacitate spontană de evoluţie.

2. Noua abordare pune un accent mai mare în cadrul psihoterapiei pe factorii de natură emoţională decât pe cei intelectuali.

3. Se acordă mai multă atenţie evenimentelor actuale şi nu celor din istoria individului (aşa cum se întâmplă în cazul psihanalizei).

4. Relaţia psihoterapeutică este privită ca o experienţă evolutivă.

Încă din 1942, Rogers formula ipoteza de bază de la care porneşte psihoterapia non-directivă: "O consiliere eficientă trebuie să aibă la bază o relaţie bine structurată dar permisivă, care trebuie să-l ajute pe client să se înţeleagă pe sine însuşi în asemenea măsură încât să fie capabil să facă paşi pe linia unei noi orientări" (p. 18), (*cit. Watson, p. 636*).

➤ Rolul psihoterapeutului în cadrul psihoterapiei non-directive

Psihoterapeutul are, în cadrul acestei orientări, o atitudine pasiv-stereotipă de acceptare totală a ceea ce se spune, reformulează cele afirmate de pacient, recunoaşte sentimentele pacientului şi îl ajută să şi le clarifice.

S-ar putea crede că această atitudine de acceptare pasivă ascunde un dezinteres faţă de problemele pacientului (frecvent terapeutul nu spune decât da - da, sau repetă cu alte cuvinte ceea ce a spus pacientul). În realitate, abordarea non-directivă este încărcată de căldură afectivă şi înţelegere umană. În cazul în care transferul se produce în timpul psihoterapiei non-directive, acesta este rezolvat într-o manieră lipsită de ameninţare acţionând asupra înlăturării rezistenţelor şi eliberând procesele de evoluţie spontană din interiorul psihismului subiectului şi acesta se realizează datorită permisivităţii şi neutralităţii psihoterapeutului.

Condiţiile relaţiei psihoterapeutice non-directive după Rogers sunt următoarele:

1. Terapeutul trebuie să se conducă după principiul că individul aflat în terapie este responsabil pentru el însuşi şi este de dorit pentru individ să-şi asume această responsabilitate.

2. Terapeutul trebuie să fie de acord cu faptul că clientul său are în interiorul său o puternică dorință de a deveni matur, adaptat social, independent, productiv, de a se baza pe propriile sale forțe pentru modificarea terapeutică.

3. Terapeutul trebuie să creeze o atmosferă caldă şi permisivă, atmosferă în care individul este liber să-şi exprime orice atitudine, trăire sau gând, indiferent cât de neconvenționale, absurde sau contradictorii ar fi acestea.

4. Terapeutul nu pune clientului limitări în ceea ce priveşte atitudinile, ci doar în ceea ce priveşte comportamentul (acest lucru este valabil mai ales pentru copii: copilului nu i se dă voie să spargă geamul cabinetului, dar poate să-şi exprime sentimentul că ar dori să o facă).

5. Terapeutul utilizează numai astfel de tehnici şi procedee care să conducă pe pacient la o înțelegere profundă a propriilor sale atitudini şi stări emoționale şi la autoacceptarea acestora. Această înțelegere se realizează cel mai bine prin reflecții încărcate de sensibilitate şi prin clarificarea atitudinilor clientului. Acceptarea realizată de terapeut nu trebuie să implice nici aprobare, nici dezaprobare.

6. Terapeutul trebuie să se abțină de la orice exprimare sau acțiune contrară principiilor anterior formulate. Aceasta înseamnă că el trebuie de fapt să se abțină de a întreba, dovedi, interpreta, sfătui, sugera, convinge, asigura. Printr-o astfel de acțiune terapeutul acordă încredere pacientului considerând că acesta îşi poate rezolva singur problemele şi poate lua singur decizii.

Terapeutul (consilier) se concentrează mai ales asupra a ceea ce simte pacientul, sentimente care pot fi descifrate din afirmațiile acestuia, astfel încât să poată selecta şi clarifica aceste sentimente. Trebuie să recunoaştem că o astfel de atitudine, departe de a fi pasivă, cum pare la prima vedere, reclamă multă disciplină şi auto-vigilență din partea terapeutului.

➤ Factori comuni cu alte sisteme psihoterapeutice

Încă Rogers (1942) sublinia faptul că descărcarea emoțională (catharsisul) şi insight-ul sunt caracteristice şi psihoterapiei non-directive, ca şi psihanalizei. Această descărcare emoțională generează

insight-ul, care în cadrul acestei orientări este conceput ca fiind perceperea unor relații noi, dorința de a-şi accepta propriul eu cât şi o nouă alegere de scopuri.

În urma insight-ului, care la rândul său este consecința unei descărcări afective, pacientul ia noi decizii în legătură cu sine şi cu ceilalți, îşi modifică modelele comportamentale şi elaborează soluții pentru rezolvarea situațiilor conflictuale.

➤ Trăsăturile caracteristice ale psihoterapiei non-directive

Rogers (1946) se referă la trei caracteristici care diferențiază cel mai bine abordarea non-directivă. Aceste trăsături specifice sunt următoarele: natura previzibilă a procesului terapeutic non-directiv; descoperirea forțelor constructive ascunse în interiorul pacientului şi relația terapeutică centrată pe client.

După Rogers, descoperirea ca atare a forțelor creatoare din om nu este originală prin ea însăşi. Şi alți terapeuți s-au referit la aceste forțe evolutive, dar ei nu au crezut că acestea pot fi puse în mişcare singure, ei căutând să le direcționeze intervenind practic în desfăşurarea procesului respectiv.

Rogers consideră că tocmai această acceptare şi lipsă de direcționare a pacientului, care înseamnă acordarea unei încrederi totale, este cea care stimulează punerea în acțiune a acestor forțe creatoare.

În ceea ce priveşte caracterul centrat pe client al relației psihoterapeutice, trebuie subliniat faptul că pacientul este înțeles în cursul relației terapeutice în acelaşi mod în care el se înțelege pe el însuşi. Cu alte cuvinte, pacientul trebuie acceptat total şi din toată inima.

Există unele controverse în ceea ce priveşte aplicabilitatea psihoterapiei non-directive. Unii entuziaşti au considerat-o ca pe un panaceu universal, pentru orice fel de dificultate psihologică. Această poziție se bazează mai ales pe faptul că Rogers a negat importanța şi necesitatea psihodiagnozei înainte de începerea tratamentului psihoterapeutic.

Alți terapeuți sunt de părere că această tehnică psihoterapeutică se potriveşte doar în cazul unor pacienți (când se aplică doar această tehnică), sau o aplică în cadrul unor şedințe de psihoterapie, combinând-o cu alte metode în cadrul unui demers eclectic.

Studiile clinice au demonstrat faptul că psihoterapia non-directivă este mai eficientă în cazul unor subiecți relativ normali (cu probleme de viață, acuze nevrotiforme), deşi Rogers afirmă că ar exista posibilitatea utilizării ei şi la psihotici spitalizați (aflați sub control).

Snyder (1948) a ajuns la concluzia că psihoterapia non-directivă este mai utilă în cazul studenților deoarece la aceştia problemele îşi au originea mai mult în interior decât în surse de natură externă. De asemenea, acest gen de psihoterapie are succes în cazul tulburărilor de adaptare mărită, al consilierii vocaționale, al relațiilor dintre părinți şi copii cât şi în cazul persoanelor cu tulburări nevrotice uşoare şi moderate (în mod special în cazul stărilor anxioase şi al unor sindroame isterice).

Psihoterapia non-directivă se utilizează ceva mai puțin în cazul psihoticilor, a pacienților cu inteligență scăzută, al celor trecuți de cincizeci de ani, al celor care au dificultăți de verbalizare (inclusiv în cazul celor tulburați emoțional şi care se blochează atunci când li se cere să se exprime), cât şi în cazul persoanelor excesiv de dependente.

Thorne (1944; 1948), un critic sever al psihoterapiei non-directive, este de părere că de la un caz la altul sau pentru acelaşi pacient, de la o şedință la alta, gradul de direcționare al pacientului sau dimpotrivă gradul de non-directivism trebuie să fie diferit.

Aceasta reprezintă poziția multor psihoterapeuți care utilizează abordarea non-directivă numai din când în când, atunci când situația o cere, considerând că doar puține cazuri sunt potrivite pentru demersul non-directiv pur.

Psihoterapia centrată pe grup

În lucrările sale ulterioare (1967) Rogers începe să-şi deplaseze atenția de la psihoterapia individuală la psihoterapia de grup, elaborând propria sa versiune de "grup de întâlnire" ("encounter group"). Acest grup permite realizarea unei trăiri foarte intense şi plenare în cadrul căreia persoane alienate față de ele însele, față de ceilalți şi față de societate pot intra în contacte emoționale mai autentice prin intermediul întâlnirii cu propriul eu, cu ceilalți şi cu lumea semnificațiilor şi trăirilor.

Rogers se referă la trei mari probleme în cadrul grupurilor sale de întâlnire:

- În primul rând el presupune că experiența în cadrul grupului poate produce modificări permanente la nivelul personalității individului şi astfel scopurile dezvoltării personale şi cele ale grupului nu mai apar ca fiind separate.
- Sunt stimulate confruntările autentice la nivelul grupului, chiar dacă la un moment dat o astfel de confruntare poate părea negativă şi în mod potențial nocivă pentru unul din membrii grupului. O exprimare sinceră şi deschisă a unor sentimente negative se dovedeşte în cele din urmă de folos pe termen lung. Dacă însă apare o afirmație cu o notă de sadism, un membru al grupului sau, leaderul îşi exprimă deschis impresia cu privire la respectiva afrmație, aducând la lumină motivele ascunse care stau la baza ei.
- În al treilea rând, Rogers nu este interesat de dinamica de grup în sine, aşa cum se întâmplă în cazul majorității terapiilor de grup, interesul său de bază rămânând centrat asupra conştientizării, exprimării şi acceptării propriilor sentimente de către fiecare membru al grupului.

Grupul de întâlnire are nevoie pentru a-şi îndeplini rolul psihoterapeutic să fie coeziv, membrii grupului acordându-şi încredere unii altora, iar terapeutul ca leader al grupului facilitează procesele ce se petrec în grup la nivel minimal, ca în cazul psihoterapiei non-directive sau centrate pe client.

Hobbs (1992) arată că între psihoterapia individuală şi cea de grup există asemănări şi deosebiri. Asemănările rezultă din obiectivul comun şi din concepția teoretică despre natura umană ce stă la baza demersului terapeutic. Diferențele derivă mai ales din aceea că în cazul psihoterapiei individuale două personaje stau față în față (terapeutul şi pacientul), în timp ce în cadrul terapiilor de grup mai multe persoane (6-7) participă la procesul psihoterapeutic.

Psihoterapia centrată pe grup dă cele mai bune rezultate cu grupuri de pacienți cu probleme de viață, ca de pildă:

- o femeie al cărei soț a decedat în războiul din Vietnam şi care nu a fost capabilă să-şi refacă viața;
- un bărbat care nu era capabil să-şi pună în aplicare visul de a deveni profesor din cauza timidității etc.

Aceşti subiecţi au drept caracteristică comună faptul că sunt ceea ce noi înţelegem prin termenul de "nevrotici normali", care suferă din cauza unei discrepanţe între ceea ce sunt de fapt şi expectaţiile lor faţă de ei înşişi şi în acelaşi timp îşi exprimă în mod deschis nevoia de a fi ajutaţi.

Psihoterapia centrată pe grup mai poate fi utilizată cu următoarele categorii de pacienţi:

- pacienţi suferind de reacţii anxioase datorate stresului;
- copii cu tulburări de adaptare sau dificultăţi şcolare;
- adolescenţi cu tulburări de comportament;
- subiecţi cu afecţiuni somatice invalidante;
- subiecţi cu migrenă;
- pacienţi nevrotici;
- schizofreni aflaţi în faze de remisiune.

Redăm mai jos un fragment de protocol al primei şedinţe din cadrul terapiei centrate pe grup (Hobbes, 1992):

Membrele grupului sunt:

- *Jane, 23 de ani, învăţătoare*
- *Kay, 35 ani, consilier la o şcoală superioară*
- *Anne, 21 ani, studentă; nu vorbeşte în timpul şedinţelor*
- *Mary, 33 ani, profesoară de engleză*
- *Laura, 27 ani, psiholog*
- *Betty, 28 ani, profesoară de istorie*

***Jane**: Aş dori să discutăm problema relaţiilor de dominanţă-dependenţă în cadrul căsătoriei. Sunt căsătorită de un an cu un student la drept; soţul meu e un tip primar şi lipsit de afectivitate şi între noi nu există comunicare. Conflictele apar mai ales datorită dorinţei mele de independenţă şi datorită faptului că nu pot să fiu independentă în cadrul relaţiei cu soţul. Căsătoria noastră nu reprezintă o relaţie de egalitate.*

***Leaderul grupului**: Şi acest lucru nu te satisface, nu-i aşa?*

***Jane**: Nu, nu mă satisface, dar simt că există posibilităţi ca relaţia să devină satisfăcătoare.*

***Betty** (Pauză): Cred că problema mea este că nu am suficientă încredere în mine şi nu reuşesc să mă afirm în prezenţa altora. Cred*

că sunt capabilă să fac anumite lucruri, dar când mă aflu în colectivitate mă dau la o parte şi-i las pe ceilalţi să vorbească, să-şi exprime ideile. Cred că asta mi se trage din copilărie, pentru că tatăl meu era o persoană foarte dominatoare şi toţi membrii familiei trebuiau să i se supună. Am rămas cu sentimentul că nu am valoare personală, că nu sunt bună de nimic.

***Leaderul**: Ai încredere în tine când e vorba de capacităţile tale, atunci când eşti singură, dar atunci când te afli în grup ai tendinţa de a te devaloriza.*

***Betty**: Corect. Am tendinţa de a evita contactul cu ceilalţi, în loc să-i privesc în faţă.*

***Leaderul**: Da.*

***Jane**: Ţi se întâmplă acelaşi lucru şi în grupurile mici, mai intime, cum ar fi cele din familie sau cele formate din prieteni?*

***Betty**: În grupurile mici de prieteni, pe care îi cunosc de foarte multă vreme, nu am sentimentul ăsta, dar în clasă sau cu familia mea mă dau bătută.*

***Leaderul**: Te simţi protejată de grupurile mici de prieteni şi numai aşa poţi să fii tu însăţi.*

***Kay**: Aş vrea să discutăm despre problema mea, pe care am acceptat-o raţional, dar nu şi emoţional. Soţul meu a suferit acum doi ani o moarte tragică, avionul său s-a prăbuşit în Pacific. Asta s-a întâmplat după ce războiul s-a terminat şi el trebuia să se întoarcă acasă. Când mă gândesc la cele întâmplate, nu le pot accepta. Aş dori să-mi accept viaţa de acum înainte din punct de vedere emoţional.*

***Leaderul**: Ai reuşit să te echilibrezi sub aspect raţional, înţelegând situaţia şi ce ar trebui să faci, dar nu ai reuşit să-ţi pui sentimentele sub control.*

***Kay**: Dacă ies în oraş şi privesc într-o vitrină şi văd un lucru de îmbrăcăminte pe care şi l-ar fi dorit, mă prăbuşesc din nou... etc.*

În cadrul psihoterapiei centrate pe grup subiecţii îşi percep propria situaţie, fiind susţinuţi de ceilalţi membri ai grupului.

Membrii grupului profită de pe urma psihoterapiei doar dacă se simt acceptaţi de ceilalţi membri ai grupului şi de către psihoterapeut. Ei trebuie să găsească în situaţia de grup condiţii care să le permită să

nu mai dezvolte anxietatea care-i face ineficienți în relațiile cu ceilalți şi nefericiți atunci când rămân singuri cu ei înşişi.

În grup, clientul trebuie să se simtă liber să se autoexamineze, fiind asigurat de faptul că problemele sale vor fi înțelese aşa cum sunt şi că el va fi respectat ca persoană.

În cadrul psihoterapiei individuale centrate pe client, atitudinea suportivă este asigurată în special datorită antrenamentului psihoterapeutului care conduce astfel şedințele pentru a crea clientului această impresie.

În grup, deşi aparent fiecare membru al grupului este absorbit de propriile probleme, se produce o anumită dinamică a relațiilor interpersonale, care face ca posibilitatea unui membru al grupului de a fi înțeles şi acceptat de mai multe persoane să devină mai mare. Acest fenomen are loc datorită coeziunii grupului.

Atât în cadrul psihoterapiei individuale cât şi în cadrul celei centrate pe grup sarcinile psihoterapeutului sunt asemănătoare, ca de pildă:

- clarificarea sentimentelor;
- reflecții asupra naturii sentimentelor;
- reformularea unor conținuturi exprimate de client;
- acceptarea clientului;
- restructurarea atitudinală etc.

De asemenea, între ambele tipuri de psihoterapie centrată pe client şi pe grup mai există similitudini:

- accentul pe psihodiagnoză este minimal;
- interpretările nu sunt considerate ca instrument psihoterapeutic important;
- insight-ul, deşi important, nu reprezintă elementul de bază în procesul schimbării;
- atitudinile transferențiale sunt abordate exact ca oricare alte expresii ale stărilor afective;
- capacitatea subiectului de a trăi experiența psihologică directă şi imediată este considerată indicatorul succesului psihoterapeutic.

Diferențe dintre psihoterapia centrată pe client şi cea centrată pe grup:

a) Situația de grup pune accent mai ales pe gradul de adecvare al relațiilor interpersonale, permițând descoperirea unor noi modalități mai satisfăcătoare de a intra în relație cu alte persoane. Există însă şi

pacienți sever tulburați care pot considera că situația de grup este prea amenințătoare, ei având nevoie de psihoterapie individuală.

Dar pentru indivizii relativ normali care se simt mereu presați şi tensionați, experiența de grup este benefică.

Eric Fromm a subliniat tendința de izolare a individului în cultura occidentală.

Ca membri ai unui grup terapeutic, indivizii învață ce înseamnă să acorzi şi să primeşti sprijin emoțional şi înțelegere într-un mod mai matur. Ego-ul este redefinit într-un context interpersonal diferit de cel care a contribuit la distorsionarea percepției şi atitudinii față de sine, în relație cu ceilalți.

b) Există o categorie de indivizi care vorbesc mai uşor în grup decât puşi în față cu psihoterapeutul. Această afirmație este făcută de Hobbs (1992) care a lucrat cu grupuri de veterani de război.

c) În cadrul psihoterapiei centrate pe client, unul din aspectele cele mai importante constă în faptul că clientul trebuie să ajungă să-şi construiască propriul său sistem de valori. Impunerea de către terapeut a sistemului său de valori asupra clientului este considerată nocivă.

În situația de grup, ca şi în cadrul terapiei individuale, terapeutul încurajează dreptul fiecărui client de a-şi autodetermina stilul de viață. Dar în cadrul grupului ies la iveală şi alte sisteme de valori sau stiluri de viață care îi apar unui membru al grupului ca alternative posibile, fără a-i fi impuse din exterior. El are dreptul să preia sau să respingă respectivele alternative.

d) Grupul mai oferă şi un alt avantaj față de psihoterapia individuală şi anume faptul că individul are posibilitatea să ofere ajutor, nu numai să-l primească. Faptul de a acorda sprijin este un act terapeutic în sine.

Astfel, în cadrul grupului un individ poate atinge un echilibru matur între acțiunile de a da şi de a primi, între independență şi dependență.

➤ Procesele din cadrul psihoterapiei de grup

Organizarea grupului terapeutic:

Grupul terapeutic specific acestui model de psihoterapie cuprinde 6 membri la care se adaugă terapeutul. La acest număr s-a ajuns în

mod empiric şi nu au fost realizate cercetări cu privire la numărul optim de membri ai unui grup de psihoterapie.

La cei 6 se mai pot adăuga eventual încă doi membri ai grupului.

Dacă însă numărul membrilor grupului creşte prea mult, dinamica grupului este încetinită, mulţi participanţi rămânând la periferia grupului.

Reuniunile au loc într-o încăpere liniştită, de dimensiuni potrivite, membrii grupului fiind aşezaţi în jurul unei mese.

Pot fi incluşi subiecţi cu diverse probleme şi cu diverse structuri de personalitate, respectându-se doar grupele mari de vârstă: grup de copii, de adolescenţi, de adulţi.

Şedinţele de grup au loc de două ori pe săptămână şi durata unei şedinţe este de o oră (unii autori au găsit utile şedinţe ceva mai lungi).

Se permite o anumită flexibilitate, astfel încât grupul se poate întâlni o dată pe săptămână sau de mai multe ori.

Decizia de a încheia şedinţa de psihoterapie revine grupului.

Numărul mediu total de şedinţe este în jur de 20.

Cum demarează lucrul în grup?

Ne-am putea imagina că nişte oameni străini adunaţi la un loc pentru a discuta despre problemele lor s-ar putea simţi stânjeniţi.

În cadrul concepţiei terapeutice care stă la baza acestui model de psihoterapie se porneşte de la premisa că grupul poate începe să funcţioneze fără ghidaj din partea traseului. Terapeutul reaminteşte, de regulă, că obiectivele grupului sunt cunoscute tuturor şi că grupul îşi poate urma propriile sale reguli.

Unele grupuri pot avea dificultăţi de a demara: se lansează unele afirmaţii care sunt imediat urmate de retrageri sau apar cu o notă de umor crispat care întârzie dezvoltarea unui sentiment de securitate în cadrul grupului. Alte grupuri debutează imediat, ca în psihoterapia individuală, unde clientul tulburat de anxietate simte o nevoie disperată de a-şi comunica sursele de perturbare. Un mod tipic de a începe este cel în care fiecare membru al grupului povesteşte ceva despre el şi despre problemele sale. Acest lucru se realizează informal, fără presiune din exterior.

➤ Evoluţia dinamicii de grup şi tematica abordată

Tema de grup reprezintă un subiect asupra căruia se centrează discuţia în cadrul grupului, ea având un început şi un sfârşit clar precizat. De regulă, în cursul unei singure şedinţe se pot aborda mai multe teme. Pentru fiecare temă există un participant cu rol prioritar care reprezintă centrul atenţiei şi o serie de participanţi cu roluri minore, al căror număr şi grad de implicare variază de la o temă la alta. Unele teme au o viaţă scurtă: sunt puse în discuţie, examinate rapid şi apoi abandonate. Alte teme se întind pe parcursul tuturor şedinţelor, ele căpătând un sens tot mai profund datorită contribuţiei diferiţilor membri ai grupului.

Dinamica grupului evoluează în direcţia unei analize mai în detaliu şi a unei exprimări emoţionale mai vii. Unele teme sunt puse în discuţie de un singur individ, altele de mai multe persoane, cu caracteristici distincte. Deşi structura formală lipseşte, există un model clar al evoluţiei, dezbaterilor în ceea ce priveşte intenţia şi cursul ce trebuie urmat.

Prezentăm mai jos un fragment din jurnalul lui Jane după prima şedinţă de grup (cit. Hobbes, 1992):

"Cred că am empatizat cu Kay. (Cea căreia i-a murit soţul). Mi s-a părut o situaţie atât de absurdă şi lipsită de speranţă. În acelaşi timp am simţit şi o oarecare invidie faţă de ea pentru că a avut o căsătorie aşa cum mi-aş fi dorit şi eu. Mi s-a părut că după ce a trecut starea de stânjeneală iniţială, grupul nostru a căpătat o anumită identitate şi soliditate. Cred că ne identificăm unii cu alţii pentru că avem un scop comun. Am simţit aici multă căldură şi sinceritate pe care nu le-am întâlnit în nici un alt grup. M-am simţit de parcă i-aş fi cunoscut pe ceilalţi bine şi de foarte multă vreme. Cea mai puternică reacţie a fost identificarea şi simpatia mea cu problema lui Kay. Nu mi-a ieşit din minte problema ei toată ziua."

➤ Caracteristicile terapeutului din cadrul terapiei centrate pe grup

Atât în psihoterapia centrată pe client cât şi în cea centrată pe grup, terapeutul trebuie să manifeste încredere în posibilităţile clienţilor de a deveni responsabili pentru propriile lor probleme şi să-şi limiteze tendinţa de a-şi impune punctul său de vedere asupra participanţilor.

În cazul terapiei centrate pe grup, terapeutul trebuie să fie capabil să răspundă emoţional la şase persoane în loc de una singură. El

trebuie să fie capabil să reorganizeze şi să manevreze într-un mod cât mai obiectiv "curenţii" de natură afectivă care circulă în cadrul grupului.

De asemenea, el trebuie să-şi clarifice sentimentele personale faţă de fiecare membru al grupului pentru a fi capabil să-i acorde înţelegerea.

Scopul urmărit este *psihoterapia de grup* şi nu o psihoterapie individuală realizată în grup.

Dacă terapeutul este suficient de abil, grupul însuşi devine agent terapeutic, iar membrii grupului devin ei înşişi terapeuţi.

Observaţii clinice au arătat că membrii grupului care beneficiază cel mai mult de psihoterapie sunt cei cărora terapeutul le răspunde în modul cel mai non-directiv (Telschow, ct. Hobbes, 1992).

Deşi terapeutul trebuie să urmărească în mod activ evoluţia stărilor afective în cadrul grupului, el nu trebuie să fie atât de activ încât să domine grupul.

De multe ori este bine ca terapeutul să dea posibilitatea unui membru al grupului să preia rolul de terapeut, fapt ce facilitează demersul autoexplorator al altui membru al grupului.

Dar în cazul în care anumite sentimente trec neobservate sau dacă membrii grupului creează în mod continuu dificultăţi de exprimare pentru un anumit individ, negându-i sentimentele, terapeutul trebuie să intervină.

Atmosfera pe care trebuie s-o menţină terapeutul în cadrul grupului este de maximă siguranţă, acceptare şi înţelegere, situaţie în care ameninţarea este minimală şi se creează condiţii pentru autoexplorare.

O caracteristică importantă a terapiei centrate pe grup este faptul că rolul de psihoterapeut nu este fix, el putând fi preluat, aşa cum am mai arătat, de membrii grupului. De-a lungul procesului psihoterapeutic rolurile de client şi terapeut trec de la un membru la altul al grupului.

Din analiza protocolului de mai jos se poate observa cum un membru al grupului preia rolul de terapeut (după Hobbs, 1992):

***Mr. Ray**: Fratele meu şi-a luat diploma în medicină când avea 24 de ani. Înainte de a face armata la marină îmi doream să termin colegiul şi apoi să-mi trec masterat-ul şi doctoratul. Eram foarte mândru de mine şi de proiectele mele. Acum toate acestea nu mai înseamnă prea mult pentru mine.*

***Mr. Berg**: Nu crezi că atitudinea părinţilor tăi faţă de tine stă la baza acestor sentimente?*

***Mr. Ray**: Părinţii nu mi-au spus niciodată deschis că nu sunt la fel de bun ca şi fratele meu. Ei păreau satisfăcuţi să am performanţe mijlocii. Niciodată nu m-au împins să fac ceva mai bine.*

***Mr. Berg:** Când fratele tău şi-a dat doctoratul, ei au fost mândri de el, nu-i aşa?*

***Mr. Ray**: O, desigur!*

***Mr. Berg:** Când ţi-ai trecut examenele nu te-ai simţit cumva respins pentru că performanţele tale nu mai provocau acelaşi entuziasm? (Pauză) Cred că mă proiectez prea mult în situaţia ta.*

***Mr. Ray**: Da. Nu m-am simţit acceptat atât cât mi-aş fi dorit. Cred că rezultatele mele la examene au fost mult influenţate de asta. Acum nu mai simt dorinţa să am performanţe mai bune.*

***Mr. Hill**: Acum simţi că responsabilitatea pentru performanţele tale profesionale îţi aparţine şi că nu interesează pe nimeni altcineva ce faci? Asta e? Motivaţia pare a izvorî din tine însuţi şi nu din nevoia de a face pe plac cuiva.*

Se constată că în felul acesta membrii grupului dezvoltă o atitudine mai permisivă, mai puţin critică şi mai puţin evolutivă în ultima parte a psihoterapiei.

➤ Selecţia membrilor grupului

Selecţia se realizează în funcţie de două criterii:

a) subiectul va beneficia de pe urma grupului;

b) grupul va beneficia de prezenţa sa.

Din punctul de vedere al clientului singurul criteriu luat în consideraţie pentru a intra în grup este dorinţa lui de a participa la un grup în care să-şi discute problemele.

Datele clinice au arătat că pot beneficia de pe urma grupului chiar persoane foarte timide, persoane agresive, persoane care au trăit experienţe sexuale deosebit de traumatizante, adolescenţii delincvenţi şi chiar unii schizofreni aflaţi în fază de remisiune.

E drept, beneficiul acestora din urmă de pe urma grupului este relativ redus comparativ cu alte categorii de pacienți. Există o categorie de indivizi care au tendința de a distruge grupul. Este vorba de subiecți sofisticați care utilizează cu sadism cunoştințele lor de psihodinamică pentru a-i perturba pe alții.

Dacă un subiect a urmat fără rezultat psihoterapia de grup timp de un an sau doi, sau cu rezultate incerte, este mai bine să i se recomande să treacă la psihoterapie individuală.

De asemenea, Hobbs recomandă să nu fie introduşi în grup subiecți deosebit de agresivi (psihotici sau non-psihotici), deoarece prezența acestora face să se atingă cu dificultate o atmosferă de acceptare şi libertate de exprimare.

Nu este de dorit să se introducă în cadrul grupului nici subiecți care au contacte frecvente unul cu celălalt în afara grupului. De pildă, dacă doi soți doresc să participe la psihoterapie de grup aceştia vor fi incluşi în grupuri diferite, la ore diferite.

Combinarea psihoterapiei individuale cu cea de grup dă în general rezultate pozitive, recomandarea ei rămânând la latitudinea terapeutului şi pacientului.

Printre avantajele psihoterapiei de grup, avantaje extrase din afirmațiile unor subiecți, rezultă că psihoterapia de grup:

- îi ajută pe participanți să-şi rezolve mai bine problemele de viață, percepând mai realist realitatea externă;
- îi ajută să se accepte mai bine ca persoane;
- le trezeşte dorința şi le creează posibilitatea de a fi ei înşişi.

Rogers nu a fost numai un talentat psihoterapeut şi un creator de sistem propriu, ci şi un pasionat cercetător în domeniul psihoterapiei.

Din analiza protocoalelor înregistrate în timpul psihoterapiei el a reuşit să tragă concluzii cu privire la atitudinea şi comportamentul pacientului în diferite stadii ale psihoterapiei. Astfel, primele şedințe psihoterapeutice sunt dominate de sentimente negative şi de descurajarea pacientului. După un timp apar sentimente de speranță şi o mai bună auto-acceptare din partea pacientului. Eventual pot să apară sentimente pozitive, căutarea companiei altora şi făurirea unor planuri de viitor. Aceste elemente l-au încurajat pe Rogers să creadă în ipoteza că dacă oamenii devin liberi s-o facă, ei au în interiorul lor capacitatea de a merge pe drumul sănătății psihice.

Modificările caracteristice procesului terapeutic specifice psihoterapiei centrate pe client (Rogers, 1992)

a) Modificări în cadrul materialului verbal prezentat de client.

S-a observat că la începutul procesului psihoterapeutic subiectul are tendința de a vorbi despre problemele şi simptomele sale; odată ce procesul psihoterapeutic progresează accentul se deplasează pe afirmații legate de înțelegerea legăturii dintre trecutul şi situația sa prezentă.

Mai târziu clientul va avea tendința să discute despre noile modalități de acțiune care sunt în acord cu noul său mod de înțelegere a propriei situații.

Procesul explorării propriilor sentimente şi atitudini legate de situația problematică este urmată de insight-ul şi înțelegerea mai corectă a propriilor probleme, cât şi de analizarea modalităților de reorientare a propriului comportament.

Din punct de vedere clinic se remarcă o deplasare a accentului de la simptom la "eu" ("ego"). Pacientul ajunge să-şi pună tot mai mult întrebări de genul: "Ce fel de om sunt?". "Care sunt adevăratele mele sentimente?". "Care este eul meu real?" etc.

Se constată în acelaşi timp şi deplasarea accentului în cursul discuțiilor terapeutice de la situațiile externe spre eu şi de la ceilalți spre sine. Acest fenomen se produce atât datorită faptului că terapeutul orientează atenția clientului asupra sentimentelor sale, a modului său de a percepe lumea, şi a modalităților de a se autoevalua, cât şi datorită faptului că subiectul realizează că elementele ce țin de eu sunt factori pe care el îi poate ține în mod potențial sub control.

Subiectul realizează că dacă el se află în unitate cu sine însuşi şi şi-a clarificat propriile probleme, va putea face față cu succes şi situațiilor externe care îi creează probleme.

Cientul manifestă şi tendința de a se deplasa de la trecut spre prezent. Desigur procesul nu este liniar, deoarece în cursul primelor şedințe clientul se referă la problemele actuale, apoi acesta trece la abordarea conflictelor şi dificultăților trecute şi în cele din urmă abordează situațiile frustrante din prezent cu mai multe detalii.

Astfel, clientul învață să abandoneze ruminările legate de simptomele, situațiile psihotraumatizante şi problemele legate de relațiile cu ceilalți şi să se concentreze asupra descoperirii eului **actual.**

b) Modificări produse de procesul psihoterapeutic în percepțiile și atitudinile față de sine.

În cazul în care psihoterapia este încununată de succes (criteriul succesului este aprecierea făcută de client), se pot constata următoarele modificări în ceea ce privește imaginea și atitudinea față de sine:

- se constată o creștere a numărului afirmațiilor ce reflectă o atitudine pozitivă față de sine;
- scade numărul afirmațiilor și atitudinilor autodevalorizatoare, exprimate pe un ton afectiv-negativ;
- atitudinile ambivalente față de propria persoană au o tendință de creștere cam până la jumătatea psihoterapiei, după care au tendința să scadă;
- în finalul psihoterapiei se constată prezența unui număr mult mai mare de autoevaluări pozitive în raport cu propria persoană;
- la pacienții considerați eșecuri ale psihoterapiei se menține un număr ridicat de aprecieri și sentimente negative față de propria persoană.

În urma psihoterapiei se constată o tendință crescută de autoacceptare a propriului eu, ceea ce înseamnă că pacientul tinde să se perceapă pe sine ca pe o persoană valoroasă, care merită respect și nu dezaprobare, al cărui sistem de norme și valori se bazează pe experiența sa proprie și nu pe dorințele altora și care acționează degajat în conformitate cu această autoapreciere.

În același timp clientul se percepe mai obiectiv ca acționând mai spontan, mai independent, putând face față mai bine problemelor sale în urma psihoterapiei. Astfel el se percepe ca ființă integrată și nu divizată, ceea ce înseamnă o apropiere dintre eul real și eul ideal sau etalon.

Datorită acestor modificări viața interioară a pacientului devine mai agreabilă și mai puțin tensionată.

c) Dezvoltarea unui mod mai adecvat de a percepe realitatea înconjurătoare și de a gândi, a unui tip de raționament mai corect și mai sănătos.

Clientul coboară de la un nivel înalt de generalitate la o percepere mai fină și mai diferențiată a realității. Astfel, de pildă, clientul care

se prezintă la psihoterapie și afirmă că este un caz fără speranță, că este o persoană fără valoare, ajunge datorită psihoterapiei să realizeze că, deși uneori s-a comportat ca un individ fără valoare, alteori dimpotrivă, a dat dovadă de calități deosebite și s-a comportat adecvat.

Un alt exemplu ne prezintă o clientă care la începutul terapiei face afirmația categorică: "mama mea este îngrozitoare". După un număr de ședințe de psihoterapie ea ajunge să privească mai nuanțat relația ei cu mama sa: "mama m-a respins în copilărie, dar de multe ori mi-a vrut binele"; "este incultă, dar are simțul umorului";"este agresivă și violentă, dar se mândrește cu mine."

În urma demersului psihoterapeutic subiectul nu mai percepe realitatea ca fixă, imuabilă, ci ca fiind maleabilă, mobilă, ceea ce îi dă speranța că schimbarea este posibilă (de pildă, nu mai percepe homosexualitatea sa ca pe un dat imposibil de modificat).

d) Conștientizarea unor experiențe trecute pe care subiectul le neagă

Unul din procesele importante ale demersului terapeutic o reprezintă conștientizarea unor experiențe reprimate.

Astfel, de pildă, o femeie s-a prezentat la psihoterapie pentru amețeli și stări de leșin, fără o cauză organică precizată.

Acest comportament se instala brusc și neașteptat, de regulă când era multă lume de față, ea simțindu-se foarte jenată de situație. La prima vedere ea nu găsea nici o explicație pentru comportamentul ei. La o explorare mai atentă, în urma unor discuții psihoterapeutice, pacientei i-a apărut cu claritate faptul că ea leșina mai ales atunci când acest lucru îl făcea pe soțul ei să se simtă cel mai stânjenit. Cu toate acestea ea nu-și putea explica situația pentru că își iubea soțul și nu dorea să-i facă nici un rău. Treptat, odată ce procesul psihoterapeutic progresează, ea își dă seama de o anumită opoziție față de soțul ei, antagonisme ce erau total neconștientizate. În cursul terapiei pacienta realizează că funcția simptomului era de fapt o încercare de a-și controla soțul. Prin comportamentul ei, ea i se opunea acestuia și în același timp se pedepsea pe sine pentru acest comportament.

O dată conștientizate aceste elemente pacienta poate elabora modalități mai deschise de a-și exprima opoziția față de soț.

În cazul prezentat mai sus reprezentarea simbolică a problemei prin intermediul simptomului vine în contradicție cu concepția pacientei despre eul propriu (ea nu se percepea ca pe o persoană agresivă, care avea tendința de a se opune soțului ei, care se purta bine).

Aducerea în conștiință a materialului refulat nu se realizează simplu, prin adunarea unor argumente de către client sau terapeut, ci se realizează doar atunci când concepția asupra propriului eu este suficient de modificată pentru ca pacientul să poată formula deschis problema.

Modificarea în percepția propriului eu precede conform teoriei psihoterapiei centrate pe client și nu urmează procesului de dezgropare a amintirilor reprimate.

Primul pas în conștientizarea unor sentimente refulate îl reprezintă percepția unei discrepanțe de tipul: "Deși îmi iubesc soțul, comportamentul meu este de așa natură încât parcă aș dori să-l necăjesc, să-l pun în situații neplăcute." Sau: "Aș dori ca mariajul meu să continue, dar se pare că mă port în așa fel încât să-l distrug."

În cazul în care clientul percepe respectivele discrepanțe între ceea ce gândește și modul în care se comportă, el nu poate lăsa lucrurile așa, fiind motivat să descopere rațiunea pentru care lucrurile se petrec astfel: este vorba de o insuficientă cunoaștere a propriilor sentimente (de regulă lucrurile stau așa) sau de o descriere eronată a propriului comportament.

Deci, prin intermediul demersului psihoterapeutic se realizează conștientizarea și exprimarea prin intermediul unei simbolizări deschise a acelor experiențe și stări afective care vin în contradicție cu concepția despre sine a clientului.

e) Modificări în sistemul de valori al clientului.

Analizând fragmente din cadrul protocoalelor de psihoterapie se constată faptul că psihoterapia centrată pe client are mult de-a face cu concepte ca "rău" sau "bun", "corect" - "greșit", "satisfăcător" - "nesatisfăcător" etc.

Demersul psihoterapeutic afectează sistemul de valori al individului și produce modificări în cadrul respectivului sistem de valori.

În fazele timpurii ale psihoterapiei individul se orientează în mare măsură pe baza unor valori preluate de la alții în urma interacțiunilor cu mediul său social și cultural.

Aceste valori pot fi exemplificate astfel:

"Nu trebuie să mă supăr pe nimeni" (pentru că părinții și biserica sancționează ostilitatea). "Trebuie să obțin succese la învățătură" (pentru că părinții mei așteaptă succesele mele). "Trebuie să fiu o persoană asexuată" (pentru că mama mea privește relațiile sexuale ca pe ceva rău și deplasat pentru orice persoană bine crescută") etc.

Odată ce psihoterapia progresează, individul începe să-și dea seama că până atunci el a trăit așa cum i-au spus alții, nu conform eului său real, cât și de faptul că el este tot mai nemulțumit de această situație.

Dar presupunând că el ar renunța la aceste valori interiorizate, ce ar urma să pună în loc?

Urmează o perioadă de confuzie și nesiguranță, clientul nemaiavând nici o bază prin prisma căreia să judece ce este rău și ce este bine.

Treptat această stare de confuzie este înlocuită de sentimentul că el își poate construi propriul sistem de valori pe baza propriei sale experiențe și prin prisma unor judecăți personale. Individul descoperă că posedă în el însuși capacitatea de a evalua și aprecia experiențele și de a lua decizii pentru el însuși.

De asemenea, în fazele incipiente ale psihoterapiei, "locus"-ul evaluărilor este plasat în exterior, ca o funcție a părinților, modelelor culturale, prietenilor sau unui consilier. Din acest motiv, în aceste etape ale psihoterapiei mulți clienți fac eforturi susținute de a-l determina pe psihoterapeut să preia această funcție de valorizare a evenimentelor.

O caracteristică a terapiei centrate pe client constă și în aceea că psihoterapeutul (consilierul) tinde să mențină permanent "locus"-ul evaluării la subiect, terapeutul făcând afirmații de tipul;

"Tu ești supărat pe...". "Ți se pare că...". "Simți că ...". "Crezi că ești rău pentru că ...".

Aceste afirmații au menirea să pună în evidență faptul că doar aprecierile clientului în legătură cu situațiile contează cu adevărat.

Încetul cu încetul, clientul ajunge la concluzia că evaluarea prin prisma propriei persoane a situațiilor, nu numai că este posibilă, dar îi oferă și satisfacții, fapt ce-l face să accpte ca "locus"-ul evaluărilor să-și afle sediul în el însuși.

Când aceste genuri de experienţe tind să se interiorizeze, sistemele de valori nu mai sunt percepute ca sisteme fixe, cu caracter ameninţător. Ele devin judecăţi emise de individul însuşi, bazate pe propria sa experienţă şi care se pot modifica în cazul în care realitatea îi pune la dispoziţie noi date.

Datorită acestui demers, valorile se modifică astfel:

"Mă voi supăra pe individul X atunci când simt nevoia să mă supăr, pentru că astfel se vor produce mai puţine consecinţe decât în cazul în care îmi reprim sentimentele şi în acelaşi timp relaţia mea cu persoana X va avea un caracter mai autentic".

"Voi obţine succese la studiile mele numai dacă acestea mă interesează cu adevărat".

"Voi fi o mamă afectuoasă când simt acest lucru, fără să mă tem de atitudinea altora în această privinţă".

"Îmi voi accepta sexualitatea şi voi valoriza toate modalităţile de exprimare a ei".

f) Relaţia client - psihoterapeut.

O serie de psihoterapeuţi de orientări diverse, inclusiv dintre cei aparţinând psihoterapiei centrate pe client, consideră că un factor important al succesului terapeutic îl reprezintă relaţia afectivă dintre pacient şi terapeut.

El consideră că o serie de modificări în planul verbal, preceptiv sau atitudinal sunt rezultatul unei relaţii afective dintre două fiinţe umane: pacientul şi terapeutul.

Analizarea unor cazuri clinice pune în evidenţă faptul că adesea nu tehnica terapeutică în sine ci relaţia cu terapeutul reprezintă factorul generator de schimbare.

Explicaţia acestui fenomen constă, după Rogers, în aceea că clientul vine la psihoterapie considerând că este o persoană lipsită de valoare, care nu este acceptată de ceilalţi, care nu poate fi iubită etc. şi treptat, în urma interacţiunii cu terapeutul, el ajunge să considere că este acceptat, respectat şi înţeles de către terapeutul său.

Mai mult, pe măsură ce clientul se simte acceptat de către psihoterapeut, el începe să se accepte pe sine însuşi şi treptat începe să nutrească sentimente de acceptare şi înţelegere faţă de cei din jur.

Termenul de "dragoste" înţeles prin prisma relaţiei terapeut - client are aici poate cel mai cuprinzător sens şi anume acela de a fi profund înţeles şi acceptat.

g) Modificări în structura personalităţii şi în organizarea acesteia în urma demersului terapeutic centrat pe client.

Întrebarea care se pune atunci când analizăm psihoterapia centrată pe client este aceea dacă modificările produse în cursul demersului psihoterapeutic sunt doar modificări de suprafaţă, sau afectează nucleul profund al personalităţii?

Rezultatele obţinute de la o serie de subiecţi cărora li s-au aplicat teste psihologice înainte şi după psihoterapie, pledează pentru ideea că după încheierea psihoterapiei subiecţii au obţinut un nivel mai bun al adaptării la mediu (indicatorii sunt evaluaţi cu ajutorul testului Rorschach).

Se constată la pacienţii trataţi cu ajutorul acestei tehnici terapeutice următoarele modificări pozitive:

- creşterea tendinţei de unificare şi integrare în sfera personalităţii;
- o mai bună acceptare a eului propriu şi a reacţiilor emoţionale proprii ca făcând parte din cadrul eului propriu;
- reducerea tendinţelor nevrotice;
- scăderea anxietăţii;
- o abordare mai obiectivă a realităţii;
- achiziţionarea unor abilităţi de a face faţă stresului;
- atitudini şi sentimente mai constructive;
- un mod mai eficient de funcţionare la nivel cognitiv.

h) Modificări în sfera comportamentului:

- În cursul unei terapii centrate pe client încununate de succes se constată şi o modificare în sfera comportamentului de la un comportament imatur la unul mai matur.
- De asemenea, relatările verbale ale clientului spre sfârşitul terapiei pun în evidenţă o reducere a tensiunii şi încordării psihice.
- Se constată şi o reducere a numărului de comportamente defensive cât şi o bună conştientizare a comportamentelor defensive care încă mai persistă.

- Un rezultat important al psihoterapiei centrate pe client îl reprezintă şi creşterea toleranţei la frustraţie a clientului.
- Se înregistrează, în cazurile reuşite, şi o mai bună capacitate de a face faţă sarcinilor cotidiene din familie, de la locul de muncă sau a celor şcolare.

Psihoterapia centrată pe client, în formă pură, este rar utilizată în zilele noastre dar această orientare a pus bazele unei multitudini de terapii orientate umanist, terapii care pun accentul pe problemele actuale aflate în conştiinţa clientului şi în cadrul cărora acesta este considerat personajul principal al procesului curativ, terapeutul acţionând doar ca un catalizator.

Noile orientări umaniste acceptă conceptul lui Rogers de "eu activ", capabil de opţiuni valorice sănătoase. Se accentuează, de asemenea, asupra empatiei, căldurii autentice şi a atitudinii pozitive necondiţionate din partea terapeutului.

Aceste sisteme psihoterapeutice diferă de forma originală a psihoterapiei centrate pe client prin aceea că au găsit diverse tehnici prin care terapeutul, în afara simplelor reflecţii şi clarificări, îl poate ajuta pe pacient să-şi descopere eul integral.

Psihoterapia existenţialistă

Variantă a psihoterapiilor experienţiale, perspectiva existenţialistă accentuează importanţa situaţiei de viaţă aşa cum este ea trăită de indvid. Existenţialiştii sunt profund preocupaţi de destinele omenirii, de slăbirea credinţelor tradiţionale, de alienarea şi depersonalizarea omului în societatea contemporană, de lipsa de sens a vieţii individului. În acelaşi timp ei consideră că oamenii dispun de un mare grad de libertate interioară datorită căruia sunt capabili să facă ceva cu privire la viitorul lor şi au responsabilitatea de a-şi făuri destinul cât mai bine posibil.

Capacitatea omului de a fi conştient, de a reflecta asupra existenţei, de a-şi pune probleme, îl pune pe acesta faţă în faţă cu responsabilitatea existenţei sale, a deciziei ce fel de om doreşte să fie, cu responsabilitatea stabilirii propriului său sistem de valori şi a actualizării potenţialităţilor sale latente.

Aplicarea filosofiei existenţialiste la înţelegerea problematicii umane în scopul de a-i ajuta pe oameni să se înţeleagă mai bine pe sine şi viaţa lor, a fost realizată de-a lungul anilor de către mai mulţi teoreticieni în domeniul psihologiei incluzând pe Binswanger (1942) pe May, Angel şi Ellenberger (1958).

Psihanalistul Binswanger a aplicat ideile existenţialiste în cadrul terapiei psihanalitice, fapt ce a dus la metoda denumită "Analiza sinelui" (Daseinanalyse) sau "Analiza existenţială".

May şi colaboratorii au pus bazele la ceea ce a devenit deja clasica analiză existenţială.

Psihoterapeuţii existenţialişti nu se limitează la investigarea stărilor conştiente şi inconştiente, ci îl ajută pe individ să-şi reconstruiască lumea interioară prin concentrarea asupra lumii externe, înconjurătoare. Majoritatea terapeuţilor existenţialişti nu urmăresc cu strictete regulile analizei sinelui, ci accentuează unicitatea fiecărui individ şi a felului său propriu de a fi în lume.

Se accentuează asupra ideii ca omul să fie conştient de propria sa existenţă. Pacientul este provocat prin intermediul unor întrebări privind sensul existenţei, scopurile personale.

Relaţia sau "întâlnirea" terapeutică dintre terapeut şi pacient este o relaţie interumană în cadrul căreia cei doi parteneri se străduiesc să fie cât mai deschişi şi mai autentici.

Spre deosebire de terapeuţii aparţinând altor orientări, terapeuţii existenţialişti împărtăşesc pacienţilor lor propriile sentimente, valori, experienţe de viaţă.

În afară de sarcina de a se comporta ei înşişi în mod autentic, terapeuţii de orientare existenţialistă trebuie să-i determine pe pacienţi să răspundă în mod autentic la realitatea prezentă (*Havens, 1974; May, 1969*).

De pildă, dacă clientul spune terapeutului: "te urăsc aşa cum mi-am urât tatăl", terapeutul îi va răspunde astfel: "eu nu sunt tatăl tău, ci eu însumi şi tu trebuie să te raportezi la mine ca la doctorul H nu ca la tatăl tău!".

Accentul (*după Coleman; Butcher, Carson, 1984*) în cadrul acestui sistem psihoterapeutic cade pe experienţele "aici şi acum" pe care individul decide că trebuie să facă şi să fie la un moment dat. Acest

sentiment al experienței imediate reprezintă piatra unghiulară a psihoterapiei existențialiste, individul fiind ajutat să stabilească faze în cadrul cărora să clarifice şi să aleagă între diverse moduri de a fi.

Ca şi psihanaliza, psihoterapia existențialistă se adresează unui număr redus de pacienți, inteligenți, cu abilități verbale şi care se află într-o criză existențială. În cadrul acestei categorii, acest gen de terapie înregistrează succese mai ales cu subiecții care suferă de tulburări anxioase sau de tulburări ale personalității, ea fiind neadecvată în cazul psihozelor.

Următorul caz va ilustra categoria de pacienți pentru care se potriveşte psihoterapia existențialistă (Coleman; Butcher; Carson, 1984, p. 659).

Un om de afaceri în vârstă de 42 de ani se prezintă la psihoterapie pentru că, pentru el, existența şi-a pierdut înțelesul şi savoarea. El consideră că problemele de familie nu mai au importanță în viața lui (soția este foarte preocupată de propria ei carieră, iar unicul fiu s-a căsătorit şi s-a mutat în Alaska). Activitatea profesională, în care a avut un mare succes (atât financiar cât şi în ceea ce priveşte prestigiul) şi-a pierdut şi ea sensul pentru pacient. Zilele i se par lungi şi fără rost. Se simte plictisit, dar în acelaşi timp panicat. Îşi face datoria ca un automat la locul de muncă, dar se simte ca şi cum n-ar trăi de fel. Din când în când se simte speriat şi depăşit de sentimentul de "cenuşiu" şi de gustul "amar" pe care îl are viața lui actuală.

➤ Teoria existențialistă a lui Rollo May

Unul dintre cei mai cunoscuți reprezentanți ai acestei orientări terapeutice din Statele Unite este Rollo May.

May este critic cu privire la modul tradițional ştiințific de a înțelege ființa umană pentru că, la fel ca şi Sartre (1956), el este de părere că analiza distruge natura umană. Explicațiile bazate pe mecanismele prezente, experiența anterioară, secvențele evolutive sau forțele mediului ne împiedică să înțelegem omul ca ființă umană şi opțiunile pe care le face. Din acest motiv trebuie găsită o nouă metodă ştiințifică pentru a permite o mai adecvată înțelegere a omului (*May;*

1958, p. 37, cf. Lazarus, p. 308) descrie psihoterapia existențialistă astfel:

Contribuția fundamentală a psihoterapiei existențialiste este înțelegerea omului ca existență. Aceasta nu înseamnă negarea validității abordării dinamice şi studiul diverselor modele comportamentale, dar se consideră că aceste forțe dinamice primare pot fi înțelese numai în contextul structurii existenței persoanei cu care avem de-a face.

Problema principală de care suferă oamenii în ziua de azi este închiderea sau îngustarea accesului mentalului la experiență ca rezultat al anxietății, aceasta având drept consecință reducerea posibilităților de a se autoactualiza pe ei înşişi ca ființe individuale. Anxietatea nevrotică nu este altceva decât blocarea sau îngustarea conştientizării, iar când această stare se prelungeşte ea generează sentimente de apatie şi depersonalizare. Anxietatea paote fi înțeleasă şi ca pierderea sentimentului eului în raport cu realitatea obiectivă. Ea se instalează pentru că lumea valorilor cu care persoana se identifică este amenințată. De aceea, boala (anxietatea, tulburarea nevrotică) este o modalitate (dezadaptativă) prin care oamenii încearcă să-şi conserve eul amenințat.

May consideră că societatea modernă a creat mai ales la tineri o vulnerabilitate deosebită față de anxietate.

Când înseşi valorile unei societăți se află în stare de confuzie şi când se desfăşoară schimbări cu caracter traumatizant, individul nu are în interiorul său un teren solid pentru a face față unor amenințări concrete. Rezultatul este dezorientarea psihică cât şi stările acute sau cronice de anxietate. Or, aceasta este de fapt starea culturii noastre în secolul XX.

În absența unor repere valorice externe, oamenii trebuie să-şi găsească orientarea în ei înşişi şi aceasta a dus la dezvoltarea psihanalizei şi apoi a existențialismului.

După opinia lui May, dilema umană constă în aceea că omul este simultan subiect (care doreşte, simte) şi obiect orientat în raport cu situațiile externe, calitate în care trebuie mai curând să facă ceva decât să aleagă dacă să facă sau nu acel lucru.

Teoriile asupra comportamentului uman care pun un accent exclusiv pe forțele externe, ca şi cele care, dimpotrivă, dau atenție prio-

ritară determinantelor interne ale conduitei umane sunt incomplete şi ele eşuează în interpretarea totală a fiinţei umane. A se descoperi pe sine şi a fi deschis la experienţe presupune ambele tipuri de forţe care direcţionează comportamentul.

Scopurile terapiei sunt:

1. Inversarea procesului de îngustare sau de blocare a câmpului conştiinţei care s-a produs sub influenţa ameninţării.

2. Deschiderea propriului eu în direcţia conştientizării. Deci, psihoterapia are ca obiectiv să ajute pe pacient să-şi actualizeze potenţialul.

Se urmăreşte nu atât eliminarea anxietăţii cât transformarea anxietăţii nevrotice în anxietate normală, precum şi a capacităţii de a trăi în condiţiile acestei anxietăţi normale. După încheierea psihoterapiei pacientul va putea suporta o încărcătură mai mare de anxietate decât înainte dar aceasta va fi anxietate conştientizată şi subiectul va putea să-i facă faţă în mod constructiv.

De asemenea, nu se urmăreşte eliminarea sentimentului de culpabilitate, ci transformarea culpabilităţii nevrotice în culpabilitate normală, precum şi capacitatea de a utiliza în mod creativ culpabilitatea normală. Nu se utilizează o tehnică psihoterapeutică anume.

După May, analiza existenţială nu trebuie considerată ca o şcoală specială sau ca un sistem psihoterapeutic, ci mai curând ca un set de atitudini cu privire la om şi la modul în care acesta este cunoscut.

Tehnica şi analiza abstractă reprezintă pentru existenţialişti concepte neadecvate deoarece fiinţa nu poate fi analizată fără a o distruge, cu toate acestea terapeuţii existenţialişti au la bază o pregătire psihanalitică sau în domeniul altei forme de terapie bazată pe insight.

Deci, analiza existenţială reprezintă o modalitate de a înţelege existenţa umană, iar reprezentanţii ei consideră că unul din motivele cheie care împiedică înţelegerea reală a omului este, cel puţin în cultura occidentală, accentul exagerat care este pus pe tehnică, accent care face ca omul să fie privit mai mult ca un obiect de condus, de luat în calcul, de analizat.

Această tendinţă occidentală se caracterizează printre altele prin prejudecata că dacă aplicăm o metodă corectă vom izbuti să cunoaştem în profunzime şi problematica pacientului. Orientarea existenţialistă susţine exact opusul şi anume faptul că metoda urmează cunoaşterii.

Pentru psihoterapia existenţialistă nu este atât de important ce anume face psihoterapeutul în timpul psihoterapiei, ci mai ales contextul psihoterapeutic în cadrul căruia pacientul nu este privit ca un set de forţe dinamice, aflate în interacţiune, ci ca o fiinţă umană care decide, acţionează, îşi fixează atenţia asupra ceva aici şi acum.

➤ Logoterapia lui Victor Frankl (1963; 1965)

Frankl a fost iniţial antrenat în psihanaliză, dar cei trei ani petrecuţi în lagărele de concentrare germane (inclusiv Auschwitz) l-au împins spre o orientare existenţialistă.

Termenul de logoterapie vine de la termenul grecesc "logos" care înseamnă sens, semnificaţie.

Logoterapia este o variantă a analizei existenţiale care pune accentul pe demersul personal de căutare a sensului existenţei. Pentru Frankl "dorinţa de sens" este unul din motivele fundamentale ale omului.

El este de părere că psihoterapia se ocupă de problemele adaptării umane, iar logoterapia, care abordează mai mult aspectele spirituale ale existenţei, nu se substituie psihoterapiei, ci doar o completează.

Logoterapia are drept obiectiv să-i ajute pe oameni să-şi găsească un sens în viaţă şi să facă faţă crizelor existenţiale. Accentul este pus mai ales pe conflictele de natură valorică. În cadrul acestei orientări psihoterapeutice se afirmă faptul că persoana este responsabilă de propriile sale convingeri sau acţiuni. Atenţia psihoterapeutului nu se îndreaptă spre trecut ci spre viitor.

Una din tehnicile utilizate de Frankl este tehnica "intenţiei paradoxale" (ulterior se va dezvolta chiar o şcoală denumită "Psihoterapie prin intenţie paradoxală") prin intermediul căreia se solicită pacientului să dorească exact acel lucru de care se teme şi să o facă cu cât mai mult umor şi detaşare.

Pentru a ilustra această tehnică el dă exemplul unei studente la medicină care începea să tremure ori de câte ori asistentul se apropia de ea şi o privea în timpul lucrărilor practice (cit. Lazarus, 1976). Studenta a fost instruită să-şi spună; "Iată asistentul! Acum îi voi demonstra cât de bine ştiu să tremur!" Bineînţeles că dacă ea încerca în mod deliberat să tremure, nu reuşea.

O altă tehnică este tehnica denumită "de-reflecție", care cere pacienților să ignore ceea ce îi tulbură și să se concentreze asupra unui lucru pozitiv din alt domeniu. Această tehnică se utilizează cu bune rezultate în domeniul tratamentului tulburărilor de dinamică sexuală.

Frankl a utilizat aceste tehnici, dar și altele, pentru a-i face pe pacienți să-și conștientizeze propriul sistem de valori, să câștige autocontrolul asupra lor înșile și sentimentul responsabilității pentru acțiunile și reacțiile lor, cât și pentru a-i învăța să rezolve problemele existențiale care îi tulbură.

➤ Psihoterapia gestaltistă a lui Fritz Pearls

Fritz Perls a fost, de asemenea, instruit în domeniul psihanalizei și a scăpat de teroarea hitleristă emigrând în Statele Unite.

În 1951 el scrie "Psihoterapia gestaltistă" împreună cu alți doi colaboratori.

Psihoterapia gestaltistă a fost și este utilizată într-o mare măsură la Institutul Esalen din Big Sur, California, și este mai degrabă o psihoterapie de grup decât una individuală, deși unele din elementele ei interesează și pe specialiștii în psihoterapiile individuale.

Gestalt înseamnă întreg sau totalitate, idee care a preocupat pe mulți psihologi de prin anii 1920, care au și creat curentul gestaltist în psihologie, și susține faptul că întregul este ceva mai mult decât suma părților componente, iar analiza componentelor nu face decât să-l distrugă.

Orientarea psihoterapeutică a lui Pearls pornește de la necesitatea integrării părților componente în cadrul personalității luate ca un tot unitar. El include în cadrul sistemului său conceptual elemente din cadrul psihanalizei și filozofiei existențialiste, punând un accent deosebit pe experiența imediată (ca și în cazul altor psihoterapii de orientare existențialistă). (*Pearls, 1967, 1969*).

Scopul psihoterapiei gestaltiste este refacerea capacității de evoluție a ființei umane ajutând pacientul să intre în contact cu nevoile sale neconștientizate cât și prin abordarea creativă a ambianței. Pacientul trebuie să tindă să devină ceea ce este el cu adevărat, să privească dincolo de măști, jocuri, mecanisme de apărare, să fie

conștient aici și acum, de tot ce există, să trăiască în prezent. El este încurajat să comunice la timpul prezent mai curând decât să-și rememoreze trecutul său, să-și făurească vise de viitor.

Conștientizarea prezentului în cadrul terapiei gestaltiste este frumos ilustrată în următorul fragment din cadrul unui protocol de psihoterapie (Levitsky și Pearls, 1970, p. 143, cit. Lazarus, 1976, p. 311).

***Terapeutul**: De ce anume ești conștientă acum?*

***Pacienta**: Acum sunt conștientă de faptul că stau de vorbă cu dumneavoastră. Îi văd și pe ceilalți oameni prezenți în sala de psihoterapie. Simt tensiune în umărul meu drept. Sunt conștientă de faptul că trăiesc un sentiment de anxietate.*

***Terapeutul**: Cum simți starea de anxietate?*

***Pacienta**: Îmi simt vocea tremurătoare, gura uscată, respirația sacadată. Simt că vorbesc prea precipitat.*

***Terapeutul**: Ești conștientă de ceea ce fac acum ochii tăi?*

***Pacienta**: Da, acum îmi dau seama că ochii mei au tendința de a privi în lături.*

***Terapeutul**: Îți poți asuma responsabilitatea acestui fenomen?*

***Pacienta**: Da, încerc să nu vă privesc în față.*

***Terapeutul**: Încearcă să te identifici cu propriii tăi ochi. Elaborează un dialog pentru ei!*

***Pacienta**: Eu sunt ochii lui Mary. Mi-e greu să privesc drept înainte. Am tendința să sar dintr-un loc în altul.*

Procesul conștientizării are o serie de aplicații. În primul rând el ajută la ghidarea individului spre o evaluare certă a propriilor sale experiențe, evitând verbalizarea fără sfârșit, explicațiile și interpretările.

Conștientizarea senzațiilor corporale, a celor externe, a percepțiilor constituie una dintre cele mai sigure surse de informații. Bazându-se pe informațiile provenind din procesul conștientizării, pacientul poate urma dictonul lui Pearls; "Pierde-ți mintea și întoarce-te la simțuri".

De asemenea, utilizarea conștientizării îl conduce pe pacient dincolo de "de ce"-urile care stau la baza comportamentului (interpretare psihanalitică) înspre "ce?" și "cum?" - întrebări specifice psihoterapiei experiențiale.

***Pacientul**: Simt teamă!*

***Terapeutul**: Cum trăieşti această stare de teamă?*

***Pacientul**: Nu vă pot vedea clar. Îmi transpiră mâinile...*

Când pacientul se reîntoarce la experienţa senzorială el poate face mai uşor distincţia între realitatea existentă şi propriile sale fantezii anxiogene.

***Pacientul**: Sunt sigur că cei din grup mă disprețuiesc pentru ceea ce am spus.*

***Terapeutul**: Uită-te la feţele noastre şi spune-mi ce observi, nu ce îţi imaginezi!*

***Pacientul**: Da, parcă oamenii nu mă privesc cu ostilitate, nu mă resping! Unii dintre ei se uită chiar cu prietenie la mine.*

***Terapeutul**: Ce simţi acum?*

***Pacientul**: Acum mă simt mult mai relaxat!*

Comunicarea în cadrul grupului are loc între membri egali, incluzând şi terapeutul. Limbajul pacientului reflectă nivelul responsabilităţii sale pentru sentimentele şi acţiunile sale, mai curând decât starea în care el s-a manifestat ca un recipient pasiv în care pătrunde experienţa.

Pacienţii trebuie să se concentreze asupra existenţei imediate şi să devină cât mai conştienţi de ceea ce se întâmplă.

Dintre tehnicile aplicate în cadrul acestui sistem psihoterapeutic menţionăm o serie de jocuri de tip role-playing, în cadrul cărora pacientul trebuie să joace roluri ce corespund diverselor părţi sau zone ale eului său.

De pildă, unde se intuieşte un conflict între superego ("trebuie") şi eul depreciat, se poate juca jocul; "câinele de sus" şi "câinele de jos", pacientul prezentând pe rând punctele de vedere ale celor două porţiuni ale eului său.

Se pot dramatiza dialoguri între partea masculină şi cea feminină a aceleiaşi persoane.

În jocul "îmi asum răspunderea", pacientul trebuie să adauge această propoziţie după ce comentează fiecare secvenţă a comportamentului său.

În cadrul unui alt joc, pacientul trebuie să repete mereu, uneori din ce în ce mai tare, un comentariu pe care terapeutul îl consideră semnificativ.

În sistemul lui Pearls se pune un accent important şi pe analiza viselor; "diferitele părţi ale viselor nu sunt altceva decât fragmente ale personalităţii noastre". Deoarece obiectivul nostru este să-l facem pe fiecare să devină o personalitate integrală, unitară, fără conflicte, ceea ce trebuie să facem este să punem la un loc diferitele fragmente de vise. Astfel vom relua în stăpânire aceste părţi fragmentare şi proiectate ale personalităţii noastre, reintrând în posesia potenţialului nostru ascuns care apare în vise (*1967, p. 67. cit. Coleman; Butcher; Carson, 1984, p. 660*).

Multe şedinţe sunt dedicate unor aspecte comportamentale ale subiectului şi sunt denumite "antrenament structural de conştientizare". În cadrul acestuia pacientul devine mai conştient de eul său total şi de mediul înconjurător.

Tehnica de lucru asupra conflictelor nerezolvate se numeşte "să avem grijă de afacerea neterminată".

După opinia lui Pearls, toţi oamenii se mişcă în viaţă purtând cu ei conflicte şi traume nerezolvate. Noi cărăm acest balast în cadrul unor noi relaţii şi avem tendinţa de a reedita vechiul tip de relaţii şi cu alţi oameni.

Dacă suntem capabili să încheiem afacerile noastre mai vechi, vom avea mai puţină tensiune psihică în etapa prezentă şi vom putea deveni mai conştienţi şi mai realişti în raport cu noi înşine şi cu lumea înconjurătoare.

Faptul de a te exprima în prezenţa unui grup, de a juca anumite scene, depăşind propriile sisteme de a evita conştientizarea, face ca la un moment dat un membru al grupului să intre în impas, moment în care nu mai are încotro şi trebuie să-şi confrunte sentimentele şi conflictele.

În condiţiile securizante ale situaţiei psihoterapeutice individul nevrotic descoperă că lumea nu se prăbuşeşte dacă el se comportă ca un om furios, vesel, trist sau face avansuri erotice. În felul acesta, pacienţii descoperă faptul că pot ieşi din impas prin propriile lor forţe.

Psihoterapiile umanist-existenţialiste au fost criticate de către unii specialişti pentru lipsa unui model sistematic al comportamentului uman, pentru lipsa de unitate în ceea ce priveşte procedeele şi tehnicile psihoterapeutice, cât şi pentru caracterul vag al relaţiei pacient - terapeut.

Partizanii acestei orientări, dimpotrivă, consideră că tocmai în aceste trăsături ar consta forța și vitalitatea acestor forme de psihoterapie.

Teoriile prea sistematice reduc ființa umană la o abstracțiune, negând unicitatea individului.

Având în vedere faptul că oamenii sunt foarte diferiți, trebuie să fim de acord și cu faptul că tehnici diferite de psihoterapie vor fi potrivite pentru oameni diferiți.

CAPITOLUL 5
PSIHOTERAPIA COGNITIV-COMPORTAMENTALĂ

Principiile psihoterapiei cognitiv-comportamentale

Hawton, Salkovskis, Kirk și Clark (1989) arată că abordarea cognitiv-comportamentală pune un accent deosebit pe formularea conceptelor în termeni operaționali și pe validarea empirică a rezultatelor tratamentului.

Ea se poate utiliza atât în psihoterapia individuală cât și în cea de grup.

Adesea se recurge și la indicatori obiectivi pentru a valida eficiența demersului terapeutic.

Rezolvarea de probleme reprezintă o latură importantă a tratamentului. Toate aspectele psihoterapiei sunt descrise în mod explicit pacientului, acesta colaborând cu terapeutul în planificarea unor strategii de rezolvare a problemelor care îl deranjează pe pacient.

Psihoterapia este limitată în timp și are obiective clar definite.

Pentru ca psihoterapia să reușească este absolut necesară formularea precisă a obiectivelor - împreună cu pacientul -pe baza unor informații detaliate în legătură cu factorii care contribuie la menținerea problemei simptom.

Principiul de bază al terapiei cognitiv-comportamentale postulează că modurile în care individul se comportă sunt determinate de situațiile imediate și de felul în care subiectul le interpretează.

În cursul psihoterapiei pacientul trebuie să se simtă securizat pentru a putea furniza informații despre evenimente stresante. Aceasta se realizează prin crearea unei atmosfere calde, pline de încredere, terapeutul fiind empatic și gata să-l ajute pe pacient să depășească dificultățile curente.

Obiectivele psihoterapiei cognitiv-comportamentale

După Hawton, Salkovskis, Kirk și Clark (1989) obiectivele psihoterapiei cognitiv-comportamentale sunt următoarele:

➤ Formularea problemelor

Primele şedinţe sunt dedicate formulării unei ipoteze preliminare asupra problemei pacientului şi elaborării unui plan terapeutic. Ipoteza este verificată în cursul şedinţelor viitoare sau prin sarcinile trasate pentru acasă şi dacă este necesar, este modificată.

Deşi obiectivele terapiei sunt stabilite de la început, ele se pot schimba pe parcursul demersului psihoterapeutic.

Unii terapeuţi fac greşeala de a considera că dacă problema e stabilită (de exemplu: fobie de locuri înalte), linia de tratament este deja precizată (de pildă, tehnica expunerii progresive).

Dar clinicienii experimentaţi devin tot mai conştienţi pe faptul că stabilirea cu precizie a diagnosticului dă indicaţii limitate asupra a ceea ce trebuie să reprezinte tratamentul, aceasta fiind utilă doar în etapele preliminare, ulterior fiind necesare informaţii mai detaliate cu privire la:

- ce face persoana în mod deschis sau în mod implicit şi ar dori să nu mai facă;
- care sunt factorii precipitatori (situaţionali, mentali, emoţionali) pentru comportamentul problematic;
- în ce condiţii se manifestă problema;
- care sunt consecinţele comportamentului problematic;
- care sunt variabilele care conduc la menţinerea şi perturbarea comportamentului problemă;
- ce modificări ar putea fi aduse acestor condiţii pentru a obţine schimbarea comportamentului problemă;

Pacientul trebuie informat că psihoterapia cognitiv-comportamentală îl va ajuta să se ajute singur, iar terapeutul îl va învăţa să achiziţioneze abilităţi prin care să rezolve nu numai problema prezentă ci şi eventuale probleme similare ce pot să apară în viitor.

Terapeutul trebuie să accentueze rolul temelor pentru acasă, subliniind faptul că partea cea mai importantă a terapiei are loc în viaţa de zi cu zi, pacientul trebuind să pună în aplicare ce a învăţat în cursul şedinţei de psihoterapie.

Pacientul este solicitat să coopereze activ la procesul psihoterapiei prin furnizarea de informaţii pentru terapeut, prin transmiterea de informaţii inverse (feed-back) asupra eficienţei tehnicilor aplicate şi prin intermediul unor sugestii date terapeutului cu privire la noile strategii ce ar trebui puse în funcţiune.

Pacientul este informat şi cu privire la structura tratamentului: număr de şedinţe, durata şedinţelor, locul de desfăşurare al acestora etc. De asemenea, pacientul este interogat cu privire la simptomele sale, factorii ce ţin de relaţiile interpersonale, cât şi despre comportamentul manifest.

Interviul preliminar are o însemnătate mare în cadrul demersului psihoterapeutic pentru că adesea pacientul se prezintă cu un amalgam nediferenţiat de probleme, iar terapeutul este cel care îl ajută să le ordoneze, astfel încât dificultăţile sunt reduse la dimensiuni rezonabile şi în felul acesta pacientul începe să creadă că schimbarea e posibilă.

De pildă, dacă un pacient se poate adresa terapeutului pentru o serie de probleme cum ar fi: dispoziţie proastă, stări de plâns, pierderea interesului şi bucuriei de viaţă, fatigabilitate, tulburări de somn, scăderea autostimei, lipsa speranţei pentru viitor etc., terapeutul îi explică faptul că este vorba de o unică problemă - depresia - pentru care sunt modalităţi de terapie clar definite.

Poate apare şi situaţia inversă când pacientul crede în mod greşit că este vorba de o singură problemă, ca de pildă, lipsa autocontrolului, când, de fapt, este vorba de mai multe probleme, cum ar fi: mâncat compulsiv, abuz de alcool, dispoziţie proastă, datorii şi relaţii interpersonale proaste - toate acestea necesitând strategii separate de abordare.

Psihoterapeutul stabileşte scopuri rezonabile ale terapiei. De pildă, pentru un agorafobic este utopic obiectivul că nu va mai trăi niciodată o stare afectivă negativă, în schimb faptul că poate merge singur în oraş, fără probleme, reprezintă un obiectiv rezonabil.

Terapeutul trebuie să manifeste o atitudine simpatetică faţă de pacient, fără a-l judeca sau moraliza şi acest lucru este important mai ales în cazul pacienţilor care se simt stânjeniţi, au sentimente de culpabilitate sau se simt fără speranţă.

O problemă importantă a interviului preliminar o reprezintă abordarea urgenţelor. De pildă, dacă pacientul are idei suicidare, acestea trebuie abordate în mod prioritar.

Funcţia principală a evoluării în cadrul acestui demers psihoterapeutic o reprezintă formularea şi acordul dintre pacient şi psihoterapeut cu privire la planul de tratament.

➤ **Modalitățile prin care se realizează evaluarea pacientului**

1. Interviu cu privire la comportamentul pacientului
2. Auto-monitorizarea
3. Auto-evaluarea prin intermediul:
   - chestionarelor;
   - scalelor de evaluare;
   - obținerea unor informații de la alte persoane;
   - intervievarea unor persoane cu rol "cheie" în viața subiectului.
4. Observarea directă a comportamentului subiectului în situația clinică:
   - jocuri de rol;
   - teste comportamentale;
   - analiza activității pacientului;
   - înregistrări psihofiziologice.

Când se realizează evaluarea subiectului este necesar să se ia în considerație patru categorii de răspunsuri: comportamentale, fiziologice, cognitive şi emoționale. De pildă, un pacient poate să renunțe la comportamentul patologic dar el poate continua să se simtă deprimat sau să aibă anumite manifestări fiziologice într-o situație anxiogenă.

Evaluările şi măsurarea modificărilor în cele patru domenii menționare are o serie de avantaje:

- facilitează cunoaşterea precisă a frecvenței şi intensității comportamentului problematic;
- îi permite terapeutului să realizeze modificări în ceea ce priveşte strategia terapeutică;
- evaluările au un rol psihoterapeutic prin ele însele pentru că oferă pacientului informații exacte cu privire la progresele obținute.

Exemple de scale de autoevaluare:

I. Vă rog notați cât de stresat vă simțiți în momentul acesta, după următoarea scală:

0	1 2 3 4 5 6 7 8	9 10
Nu mă simt deloc stresat.	Mă simt moderat stresat.	Sunt extrem de stresat; Mă simt cât se poate de prost.

II. Vă rog notați cât de încordat v-ați simțit în timpul zilei utilizând următoarea scală:

0	1 2 3 4 5 6 7 8	9 10
Nu m-am simțit deloc încordat.	Încordare moderată.	M-am simțit foarte încordat.

Data	Dimineață	La prânz	Seara
29 Nov.	4	5	3
30 Nov.	2	5	4
1 Dec.	5	6	7
2 Dec.	5	4	2
3 Dec.	3	7	8

Fragment din jurnalul unei paciente cu agorafobie:

Data	Locul unde s-a deplasat	Anxietate anticipată De la 0-100	Durată	Anxietate trăită De la 0-100
4 Nov.	Traversarea străzii.	75	30 min.	40
5 Nov.	Deplasare la cumpărături (lângă casă).	50	25 min.	30
6 Nov.	Deplasare la şcoala unde învață copilul (cu autobuzul)	75	2 ore	40
7 Nov.	Deplasare la alimentară şi la şcoală.	60	25 min.	35
8 Nov.	Deplasare la teatru, seara.	80	1 oră	20

Fragment din jurnalul unei paciente cu claustrofobie (care se teme să stea singură în casă)

Data	Timpul petrecut în singurătate. De la-Până la	Anxietate trăită inițial 0-100	Anxietate trăită o oră mai târziu 0-100	Cum a făcut față situației
3 Oct.	10,20-10,45	85	15	Am telefonat mamei şi am rugat-o să vină la mine.
5 Oct.	10,00-10,15	70	10	Am vorbit la telefon cu vecina.
12 Oct.	10,00-10,30	60	5	Am pus în funcțiune casetofonul.
21 Oct.	14,10-14,40	60	10	Am încercat să citesc pentru a-mi abate atenția.

În baza unor autoevaluări de acest gen, pacienții pot să observe în ce măsură au progresat sau care sunt perioadele în care starea psihică se înrăutățeşte (de pildă, la unele paciente în perioadele premenstruale anxietatea şi irascibilitatea cresc).

În cadrul interviului preliminar pacientul este invitat ca timp de 15-20 de minute să-şi expună liber problemele, terapeutul făcându-l pe acesta să simtă atitudinea lui simpatetică şi interesul față de problema-simptom.

El trebuie să i se adreseze, după ce l-a ascultat cu atenție, astfel:

"Dacă am înțeles bine, problema ta este că încerci să faci prea mult pe plac celor din jur şi pui interesele celorlalți deasupra propriilor tale interese şi asta îi face pe ceilalți să profite de tine. Am dreptate...?"

Pentru pacienții care au dificultăți în descrierea propriilor probleme pot fi adresate întrebări ajutătoare de tipul; "poți să-mi descrii ce s-a întâmplat ultima dată când te-ai simțit deprimat? Când s-a petrecut? Care a fost elementul care ți-a sărit în ochi atunci?". "În ce s-a schimbat viața ta de când a apărut problema? Ce anume te împiedică? La ce a trebuit să renunți de când a apărut problema?"

➤ Etapele interviului specific psihoterapiei cognitiv-comportamentale

➢ Descrierea sumară a problemei
➢ Evoluție:
- factori precipitatori;
- timpul când apare problema;
- factori predispozanți.

Descrierea problemei în termenii psihoterapiei comportamentale	Aspecte comportamentale cognitive afective fiziologice	Ce anume ? Când ? Unde ? Cât de des ? Cu cine ? Cât de perturbator ?
Variabile ce țin de context.	- situaționale - comportamentale - cognitive - afective - interpersonale - fiziologice	
Factori ce contribuie la menținerea simptomului.	- situaționali - comportamentali - cognitivi - afectivi - interpersonali - fiziologici	
Comportament de evitare.		
Resurse adaptative de a face față situației.		
Istoria psihiatrică a pacientului.	- ce tratament a urmat (medicație) - cum a reacționat la acesta ?	
Opiniile şi credințele sale cu privire la problema sa.		
Implicare (dorința de a se vindeca).		
Dispoziție afectivă. Atitudini.		
Aspecte psihosociale.	- situație familială - aspecte psihosexuale - adaptare la mediu - ocupație - relații sociale - interese / hobby-uri	

Formularea preliminară a unor ipoteze terapeutice

Diagrama evenimentelor de viață în cazul unui pacient cu tulburare anxioasă (*după Hawton, Salkovskis, Kirk şi Clark, 1989*)

Anxietate ocazională care a dispărut în timp	1967	La terminarea liceului Un unchi în vârstă de 40 de ani a decedat de atac de cord
Anxietate puternică, cu tendință de accentuare	1970	Despărțire de partener
Atacuri de panică nocturne	1980	Începe tratamentul cu oxazepam. Se simte nesigur în activitatea profesională Se simte "prins în capcană" de propriii copii.
Atacuri de panică diurne Ameliorare rapidă a simptomelor Simptome uşoare Atacuri de panică tot mai puternice Atacurile de panică diminuă, dar persistă o anxietate generalizată, cu atacuri de panică ocazionale	1982	Opreşte tratamentul cu oxazepam; începe să ia fier. Decesul mamei. Fiica cea mare părăseşte casa. Nu se mai simte prizonier şi începe să călătorească. Călătorie peste hotare Începe să evite călătoriile, exercițiile fizice. Ia cantități mari de medicamente care conțin fier.

Tratamentul prin intermediul psihoterapiei cognitiv-comportamentale a atacurilor de panică şi a anxietății generalizate (*după: Hawton, Salkovskis, Kirk şi Clark, 1989*).

Anxietatea este definită ca fiind o teamă nespecifică, fără legătură cu situațiile externe şi care nu este asociată cu comportamentul de evitare sistematică a anumitor stimuli, cum se întâmplă în cazul fobiilor.

În limba engleză avem termenul de "free-flooting anxiety" sau teamă care pluteşte în aer.

Cu toate acestea, interviurile realizate asupra unor pacienți suferind de anxietate au condus la concluzia că nu este vorba chiar de o teamă fără obiect pentru că respectivii pacienți percep mediul înconjurător ca fiind amenințător şi anxiogen. Astfel anxietatea respectivilor pacienți devine un răspuns logic la o interpretare eronată a realității.

Această observație stă la baza abordării psihoterapeutice cognitiv-comportamentaliste prin intermediul căreia pacienții sunt ajutați să descopere, să evalueze şi să modifice modul lor nerealist de apreciere a unor pericole potențiale.

Cercetările recente au evidențiat prezența a două tipuri de manifestare a anxietății (*Barlow, Blanchard, Vermilyea, Vermilyea şi Di Nardo, 1986; Clark ş.a., 1988*);

a) Atacurile de panică, care apar brusc, neaşteptat, indiferent de situație. Acestea constau în trăirea unui sentiment puternic de pericol iminent, sentiment însoțit de o serie de manifestări psihofiziologice de mare amploare; senzație de leşin, tremurături, trăirea sentimentului de irealitate.

Caracterul brusc şi neaşteptat al manifestărilor respective îi sugerează pacientului ideea că ar putea fi victima unei boli somatice sau psihice grave; infarct, pierderea controlului, instalarea unei stări psihotice (de nebunie).

În absența atacurilor de panică pacienții sunt calmi şi liniştiți, cu toate că mulți dintre ei trăiesc o anumită stare de anxietate anticipatorie cu privire la un posibil atac în viitor.

b) A doua formă sub care se manifestă tulburarea anxioasă o reprezintă evaluarea nerealistă şi anxioasă a unor evenimente existențiale. Şi în acest caz anxietatea poate fi însoțită de o serie de simptome somatice ca de pildă: supraîncordare musculară, tremurături, nelinişte, fatigabilitate, tulburări respiratorii, palpitații, transpirații excesive, uscăciune a gurii, amețeli, senzație de greață, diaree, micțiuni frecvente, dificultăți de concentrare a atenției, senzație de nod în gât, insomnie, irascibilitate etc.

Cele două tipuri de anxietate sunt clasificate în D.S.M. III R (1987) sub denumirea de:

- tulburare de tip panică
- tulburare caracterizată prin anxietate generalizată.

Trebuie menționat faptul că un număr mare de pacienți suferă de ambele tipuri de anxietate. Lader și Marks (1971) afirmă că tulburările anxioase sunt prezente la aproximativ 8% din pacienții ambulatori care se adresează cabinetelor de psihiatrie și psihoterapie.

Tulburările fobice afectează un număr mult mai redus de pacienți (3%).

Atacurile de panică debutează, de regulă, brusc, aproximativ între 20 și 30 de ani (*Rapel, 1985*). Anxietatea generalizată poate avea și ea debut brusc dar cel mai adesea acesta are un caracter insidios.

În ambele tipuri de tulburări evenimentele stresante ale existenței joacă un rol important. Mulți pacienți cu tulburări anxioase nu realizează de la început că problema lor are la bază anxietatea. De regulă, ei se adresează la început medicului specialist în medicină generală, pentru acuze somatoforme. Când în cele din urmă acești pacienți ajung la psihiatrie, ei mai păstrează adesea unele dubii cu privire la natura simptomatologiei lor.

Ideea centrală a abordării cognitive a tulburărilor emoționale constă în aceea că nu evenimentul în sine ci expectațiile individului în legătură cu acesta sunt generatoare de simptome. În cazul anxietății, de regulă, subiectul supraevaluează semnificația pericolului într-o conjunctură dată.

În cadrul modelelor cognitive ale tulburării emoționale sunt luate în considerație două nivele diferite ale gândirii negative:

a) Gândurile negative (și imaginile negative) ce apar în mod automat atunci când subiectul trăiește starea de anxietate (de exemplu, un individ anxios în legătură cu impresia pe care o face în societate, poate dezvolta următoarele gânduri care se declanșează în mod automat: "ei cred că tot ceea ce spun eu este plictisitor și neinteresant".).

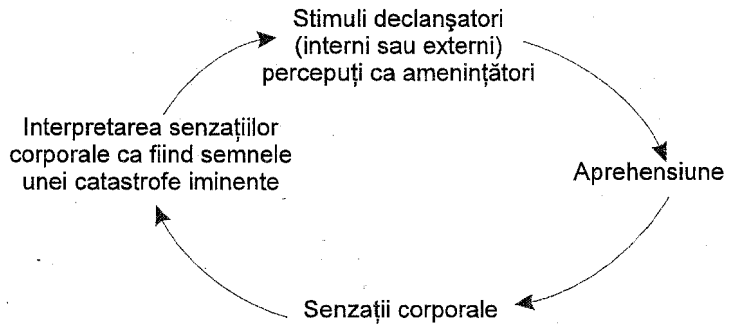
b) Afirmațiile și regulile cu caracter disfuncțional care reprezintă seturi de atitudini și credințe pe care le împărtășesc indivizii în legătură cu ei înșiși și cu lumea înconjurătoare și care îi determină să interpreteze diverse situații într-un mod negativ.

Un exemplu de astfel de regulă cu caracter disfuncțional ar fi: "dacă nu mă agreează toată lumea, înseamnă că sunt lipsit de valoare". Un individ care se bazează pe o astfel de afirmație poate interpreta tăcerea celor din jur ca pe un indiciu că ceea ce spune el este perceput de ceilalți ca fiind neinteresant.

Afirmațiile cu caracter disfuncțional s-au format în urma unor experiențe învățate în copilărie și ele pot rămâne în stare latentă până când pot fi activate de anumite evenimente externe: De pildă, o tânără al cărui tată a decedat brusc și neașteptat la vârsta de 40 de ani în urma unor simptome somatice neobișnuite și eronat diagnosticate, poate dezvolta convingerea că orice simptom somatic apărut brusc poate duce la moarte. Această convingere are o influență neglijabilă în viața ei până când ea însăși trăiește stări de amețeală și leșin datorită unor probleme hormonale. Aceste stări pot să-i activeze convingerile mai vechi, făcând-o să fie excesiv de preocupată de starea ei de sănătate, ea interpretând diversele senzații corporale într-o manieră catastrofică.

În cele ce urmează prezentăm câteva modele de gândire negativă, generatoare de anxietate; "Dacă o persoană mă critică, înseamnă că nu ține le mine". "Eu nu am nici o valoare dacă ceilalți nu mă iubesc". "În viață sunt doar învingători și învinși". "Dacă fac o greșeală sunt pierdut". "Nu pot face față situației X". "Succesul celorlalți înseamnă eșecul meu". "Dacă un lucru nu este perfect, nu e bun de nimic". "Eu sunt responsabil de ceea ce vor face copiii mei în viață". "Dacă mă voi apropia prea mult de cineva, acea persoană va pune stăpânire pe mine" etc.

Clark (1986; 1988) afirmă faptul că oamenii trăiesc atacuri de panică pentru că ei manifestă tendința de a interpreta o serie de simptome corporale într-un mod catastrofic. Tahicardia, amețelile sau jena în respirație pot fi interpretate ca fiind semnele unei boli psihice sau organice grave.



De exemplu, apariția unei dificultăți în respirație este percepută ca un indiciu că respirația se va opri și va surveni moartea.

Odată ce subiectul a dezvoltat tendința de a catastrofiza diversele senzații corporale, există două procese care contribuie la menținerea tulburării panice;

1. Din cauza faptului că se tem de anumite senzații corporale, pacienții devin hipervigilenți și în mod frecvent își explorează stările proprii, ceea ce îi face să remarce senzații pe care majoritatea oamenilor nici nu le observă. Aceste senzații sunt, la rândul lor, interpretate ca semne ale unei boli grave.

2. Anumite comportamente de tip evitant nu fac decât să întărească interpretările negative ale pacienților. Astfel, de pildă, un pacient care crede că suferă de tulburări cardiace evită să facă exerciții fizice sau să facă dragoste.

Evitarea întăreşte convingerea patologică pentru că el consideră reducerea simptomelor ca pe un efect al evitării anumitor activități.

Evaluarea trebuie să ia în considerație următoarele aspecte:

Descrierea sumară a problemei:

1) Descrierea în detaliu a situației când a apărut problema:
   a) situația;
   b) reacțiile corporale;
   c) gândurile care au apărut;
   d) comportamentul.
2) Lista cu situațiile problematice posibile.
3) Comportament de evitare; situații și activități.
4) Factori modelatori: factori care fac ca situația să fie mai rea sau mai bună.
5) Atitudinea și comportamentul celorlalți.
6) Credințele pacientului cu privire la cauzele problemei.
7) Experimentări în sfera comportamentului.
8) Efecte.

Medicație (prescrisă sau autoadministrată)

Psihoterapie urmată (modalități; ce efecte a avut)

Resurse adaptative personale

Situație socială și financiară

➤ Indicații nosografice

Psihoterapia cognitiv-comportamentală este potrivită pentru majoritatea pacienților cu tulburări anxioase. Pentru pacienții cu probleme somatice reale trebuie făcute unele modificări în cadrul tehnicilor indicate. De pildă, metoda hiperventilației este contraindicată la pacienți cu tulburări cardiace, emfizem pulmonar, epilepsie, astm bronșic sau în caz de sarcină.

Când starea anxioasă este secundară unei boli psihice majore, este necesar tratamentul psihiatric al respectivei afecțiuni.

În același timp, pacienții toxicomani au nevoie de o perioadă de dezintoxicare înainte de a trece la o abordare cognitiv-comportamentală.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală are drept obiectiv reducerea anxietății prin intermediul învățării pacienților să identifice, să evalueze, să controleze și să modifice gândurile negative legate de pericole potențiale cât și comportamentele asociate cu acestea.

Durata psihoterapiei este de 5 până la 20 de ședințe. Aceste ședințe sunt foarte bine structurate, terapeutul și pacientul stabilind de comun acord ce anume se va lucra în cursul unei ședințe.

➤ Tehnicile specifice psihoterapiei cognitiv-comportamentale

I. *Identificarea gândurilor negative*

Se realizează prin intermediul următoarelor strategii:

1) Discutarea unei experiențe emoționale recente.

Pacienților li se cere să-și reamintească un eveniment sau la o situație care a fostă asociat cu o anxietate puternică. Evenimentul este descris în detaliu și terapeutul intervine cu întrebări de tipul: "Ce gânduri ți-au venit în minte atunci?". "Ți-a apărut vreo imagine?". "Când ți-a fost cel mai tare teamă, care era lucrul cel mai îngrozitor care credeai că s-ar putea întâmpla?" Exemplificarea legăturii pe care o realizează pacientul între diverse senzații și gândurile aferente:

Senzații	Interpretarea lor
Palpitații	Voi face un atac de cord. Am o boală gravă de inimă.
Dificultăți în respirație	Respirația mea se va opri, mă voi sufoca și voi muri.
Amețeli. Senzație de leșin	Voi leșina, voi cădea, mă voi pierde.
Gânduri stranii sau dificultate de a gândi	Voi înnebuni cu siguranță.

Terapeutul trebuie să-l ajute pe pacient să sesizeze legătura dintre senzațiile corporale și interpretările pe care le acordă acestora. Acest obiectiv se poate realiza prin intermediul unor liste de tipul celei de mai sus.

2) Utilizarea tehnicii imaginației dirijate sau a jocului dramatic pentru a retrăi o experiență emoțională.

Când întrebările directe nu reușesc să-l determine pe pacient să evoce gândurile negative ce se declanșează spontan, este util să se ceară pacientului să retrăiască evenimentul respectiv pe plan imaginativ sau prin intermediul unui joc dramatic când este vorba de o situație interacțională (relaționarea cu o persoană).

3) Utilizarea modificărilor de dispoziție în cursul unei ședințe de psihoterapie.

Fluctuațiile de dispoziție din cursul unei ședințe de psihoterapie pot fi surse utile pentru declanșarea automată a gândurilor.

Terapeutul, observând modificarea de dispoziție poate, întreba pacientul: "Ce ți-a trecut prin minte acum?".

4) Determinarea semnificației unui eveniment.

Uneori declanșarea automată a patternurilor de gândire negativă nu se realizează. În astfel de situații terapeutul trebuie să caute să descearnă, prin intermediul unor întrebări specifice, care este semnificația evenimentului respectiv pentru pacient. De exemplu: "Nu ești foarte sigur în legătură cu ce anume ți-a trecut prin cap când te-ai simțit speriat în situația X. Încercând să privești în urmă, ce crezi că a însemnat situația respectivă pentru tine?".

II. ***Modificarea gândurilor negative și a comportamentelor aferente***

1) Raționalizarea

Terapeutul trebuie să-i explice pacientului rațiunile tratamentului prin demonstrarea relației dintre gândire, sentiment și comportament. Astfel, de pildă, Beck (1979) dădea următorul exemplu: dacă un subiect aude în toiul nopții un zgomot în camera alăturată el își poate spune în minte că a intrat un hoț. Atunci apare o stare de teamă și comportamentul se desfășoară în consecință; subiectul se va ascunde sau va telefona la poliție. Dacă, dimpotrivă, subiectul își spune că a lăsat geamul deschis, sentimentele de teamă nu vor apare, ci el se va scula și va închide geamul.

2) Furnizarea unor informații cu privire la mecanismele anxietății

Este necesară descrierea în detaliu a simptomelor legate de anxietate, evoluția lor probabilă, cât și faptul că trăirea anxietății nu înseamnă că subiectul are o boală psihică gravă. În același timp trebuie explicat că simptomele produse de anxietate nu sunt periculoase (de exemplu accelerarea bătăilor inimii nu reprezintă un semn că se va produce un atac de cord).

Trebuie explicat pacienților și faptul că unele simptome ca insomnia, dificultatea de a lua decizii, fatigabilitatea și chiar vederea ca prin ceață sunt manifestări ale anxietății.

3) Distragerea

Este utilizată ca strategie pentru a exercita un control direct și imediat asupra simptomului. Astfel de metode pot fi:

- concentrarea asupra conținutului unei conversații și nu asupra stării proprii;
- dacă subiectul manifestă anxietate în timpul ședinței de psihoterapie, terapeutul îi poate cere să descrie mobilierul din cabinet.

4) Programarea activităților

În cadrul acestora se cere pacienților să noteze, oră de oră, activitățile pe care le desfășoară, evaluându-le după o scală de la 0 la 100 sub aspectul unor stări afective cum ar fi: anxietatea, oboseala, plăcerea sau gradul de control asupra situației.

Pentru indivizii care se simt presați de timp este indicată o planificare riguroasă a activităților astfel încât aceștia să nu aibă tentația

să facă mai multe lucrări de-odată, fapt ce le sporeşte tensiunea şi supraîncordarea.

Mulţi subiecţi anxioşi renunţă la activităţi de loisir deoarece trăiesc permanent ideea că nu şi-au îndeplinit toate datoriile.

De pildă, o femeie casnică se trezea la 5,30 dar rămânea în pat până la ora 8, când rumina toate activităţile pe care le-ar putea face greşit sau nu le-ar putea duce la bun sfârşit, fapt ce-i sporea gradul de anxietate.

În această situaţie terapeutul i-a recomandat să se scoale din pat imediat ce s-a trezit şi să facă jogging.

➤ **Principiile planificării timpului**

1. Revizuieşte-ţi obiectivele
2. Realizează o listă a lucrurilor pe care **trebuie** să le realizezi şi alta a celor pe care **vrei** să le faci cu estimarea timpului necesar.
3. Dacă sarcinile şi activităţile îţi solicită mai mult timp decât ai la dispoziţie, stabileşte priorităţile:
   - ce trebuie făcut neapărat astăzi;
   - ce poate fi amânat şi pentru cât timp;
   - ce doresc să fac astăzi;
   - pot trasa sarcina aceasta altcuiva şi dacă da, cui anume;
   - ce se întâmplă dacă nu fac acţiunea X; dacă nu se întâmplă nimic pot s-o omit.
4. Stabileşte o ordine a efectuării sarcinilor şi activităţilor pe care le ai de îndeplinit; alege secvenţa care îţi convine mai mult.
5. Caută să faci un singur lucru odată şi să termini ce ai început.
6. Nu te repezi la o nouă activitate imediat ce ai terminat-o pe cea veche, ci ia o pauză; planifică-ţi mici pauze pentru relaxare.
7. Revizuieşte-ţi încă o dată priorităţile la jumătatea zilei.
8. Analizează amânările şi tendinţa de a tărăgăna lucrurile; ai amânat ceva pentru că ţi-ai fixat obiective prea înalte? ai fost nerealist în a aprecia ceea ce poţi face cu adevărat? Acum poţi realiza acel lucru?
9. La sfârşitul zilei reaminteşte-ţi ce ai realizat şi acordă-ţi credit.

5) Verificarea veridicităţii gândurilor negative automate

Terapeutul utilizează o serie de întrebări pentru a-l ajuta pe pacient să evalueze gândurile negative şi să le substituie cu gânduri mai realiste.

În cadrul şedinţei de psihoterapie, pacientul şi terapeutul colaborează pentru a găsi soluţii raţionale pentru a înlocui gândurile negative automate.

Între şedinţe pacienţii caută să pună în practică abilităţile de a se întreba pe care le-au învăţat împreună cu terapeutul. Pentru ca acest lucru să se realizeze mai uşor este indicată notarea zilnică a gândurilor negative producătoare de disfuncţii.

Iată câteva tipuri de întrebări care au menirea să verifice realitatea gândurilor negative, disfuncţionale;

a) Ce dovadă am că acest gând este adevărat? Nu există şi un alt mod de a privi această situaţie? Nu cumva există şi o altă explicaţie ca alternativă a gândului negativ?

Exemplu

***Pacientul**: Când am un atac de panică îmi trece prin cap gândul că voi leşina sau voi muri.*

***Terapeutul**: Bine. Hai să vedem cât de real este acest gând. Ai leşinat vreodată în cursul unui atac de panică?*

***Pacientul**: Nu.*

***Terapeutul**: Ştii ce se întâmplă cu organismul tău atunci când leşini?*

***Pacientul**: Nu.*

***Terapeutul**: Tensiunea arterială scade brusc. Ştii cum evoluează tensiunea în timpul unui atac de panică?*

***Pacientul**: Am pulsul accelerat. Cred că tensiunea se ridică.*

***Terapeutul**: Corect. În stare de anxietate pulsul şi tensiunea urcă. Deci este mult mai puţin probabil că vei leşina când eşti anxios decât atunci când nu eşti.*

b) Cum ar gândi o altă persoană cu privire la situaţie?

De regulă, pacienţii care exagerează pericolele nu au tendinţa de a extinde această exagerare şi asupra altora (*Butler şi Matheros, 1983*). Din acest motiv a-i întreba ce cred alţii cu privire la situaţie poate reprezenta o modalitate utilă de schimbare a perspectivei.

c) Nu cumva aprecierile tale se bazează mai mult pe ceea ce ai simţit decât pe evaluarea modului în care te-ai comportat?

O eroare frecventă a pacienţilor cu anxietate generalizată constă în aceea că ei cred că nu pot face faţă situaţiei pentru că sunt anxioşi.

Când sunt întrebaţi cum s-au comportat de fapt, ei constată cu surpriză faptul că modul lor de comportare a fost adecvat şi deci au făcut faţă cu bine situaţiei.

d) Ai tendinţa să-ţi fixezi obiective nerealiste de atins?

Mulţi pacienţi îşi fixează nişte obiective imposibil de atins şi devin anxioşi în momentul în care îşi dau seama că nu le pot atinge. Aceste obiective sună în felul următor: "Tot ceea ce fac trebuie să fie perfect". "Trebuie să fiu calm în orice situaţie".

e) Ai tendinţa de a omite fapte importante şi de a acorda atenţie unora lipsite de importanţă? De exemplu, multe persoane par să uite succesele trecute atunci când sunt confruntate cu o sarcină dificilă sau când au comis o greşeală. În aceeaşi categorie poate fi inclusă şi afirmaţia "Pentru că un prieten de aceeaşi vârstă a murit de atac de cord, e limpede că voi face şi eu un atac de cord".

f) Gândeşti adesea în termenii totul sau nimic?

Persoanele anxioase au tendinţa de a se autoevalua în culori extreme; alb-negru (ex.: dacă ceilalţi nu-şi manifestă dragostea faţă de el înseamnă că nu-l plac).

În aceste cazuri este indicat ca pacientul să fie instruit să plaseze toate cunoştinţele sale pe o scală care are la un capăt; mă urăsc din tot sufletul, în mijloc - nici nu mă urăsc, nici nu mă iubesc şi la celălalt capăt - iubire puternică.

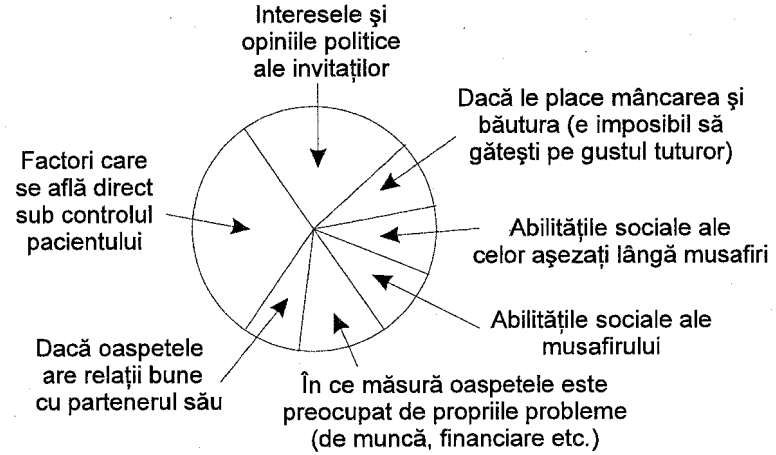
Cu cât se obişnuiesc mai mult cu acest exerciţiu, cu atât ei realizează că cei cunoscuţi nu se plasează la extreme ci tind să acopere toată scala.

g) Nu ai cumva tendinţa de a supraestima propria responsabilitate în legătură cu modul în care se desfăşoară lucrurile?

De pildă, o mamă anxioasă rumina mereu gândul dacă a ales bine şcoala pentru fiul ei, pornind de la ideea eronată că este posibil să ştii dinainte dacă o anumită decizie pe care o iei e corectă.

Pentru a corecta astfel de gânduri terapeutul poate desena o diagramă din care să rezulte cauzele diferite care pot produce un eveniment, cerându-i se pacientului să noteze acele cauze pe care nu le poate controla şi să aloce apoi câte un sector de cerc fiecărei cauze.

Diagrama factorilor care contribuie la buna dispoziţie a musafirilor pe care i-am invitat la masă.


Interesele şi opiniile politice ale invitaţilor
Dacă le place mâncarea şi băutura (e imposibil să găteşti pe gustul tuturor)
Factori care se află direct sub controlul pacientului
Abilităţile sociale ale celor aşezaţi lângă musafiri
Abilităţile sociale ale musafirului
Dacă oaspetele are relaţii bune cu partenerul său
În ce măsură oaspetele este preocupat de propriile probleme (de muncă, financiare etc.)

h) Ce va fi dacă evenimentul neplăcut se va întâmpla cu adevărat? Va fi oare chiar atât de rău?

Datorită tendinţei de evitare cognitivă, pacienţii anxioşi nici nu s-au gândit în detaliu cât de rău va fi dacă s-ar petrece situaţia de care se tem. De regulă, evenimentul real este mai puţin dezastruos decât cel anticipat.

De pildă, un student se poate teme că va cădea la un examen, fără a se gândi că în fond îl poate trece în sesiunea următoare.

i) Cum vor arăta lucrurile peste un anumit timp?

Această întrebare este utilă mai ales când avem de-a face cu o pierdere anticipată pentru că adesea atunci când se gândeşte la o posibilă pierdere sau la ruperea unei relaţii, subiectul are în vedere impactul imediat al pierderii.

Astfel, despărţirea de prieten/prietenă îl poate face să sufere câteva luni, intensitatea suferinţei reducându-se odată cu trecerea timpului şi odată ce apar contacte cu alte persoane.

Conştientizarea proiecţiei posibile în timp poate fi utilă nu doar când o pierdere anticipată este probabilă, ci şi atunci când gândurile în legătură cu despărţirea generează un comportament care face despărţirea mai probabilă (de pildă, o femeie care se teme că va fi părăsită de iubitul ei devine pisăloagă, geloasă, cu dispoziţie proastă,

fapt ce va exercita o presiune asupra partenerului şi-l va determina să rupă relaţia).

j) Ai tendinţa de a supraestima un eveniment?

Subiecţii anxioşi au tendinţa de a supraestima un eveniment anxiogen. În acest caz sunt utile discuţii cu privire la probabilitatea obiectivă a producerii evenimentului.

Cu toate acestea, unii pacienţi rămân anxioşi chiar când conştientizează faptul că probabilitatea obiectivă a producerii evenimentului negativ este mică şi aceasta se produce datorită supraestimării consecinţelor evenimentului. Metoda de abordare terapeutică pentru astfel de pacienţi constă în decatastrofizarea evenimentului, demonstrându-i pacientului că va face faţă cu bine respectivei situaţii.

k) Nu cumva subapreciaţi propriile posibilităţi de a face faţă situaţiei?

Subiecţii anxioşi trăiesc cu impresia că nu au abilităţi suficiente de a se descurca în astfel de situaţii anxiogene. Din acest motiv, terapeutul trebuie să treacă în revistă situaţii din trecut când pacientul s-a descurcat bine în situaţii similare, aprecierile pozitive ale celorlalţi cu privire la modul în care au făcut faţă emenimentelor şi să realizeze împreună cu pacientul o repetiţie în legătură cu modul de a aborda evenimentele anxiogene. Este util ca pe lângă întrebări să se utilizeze şi tehnica imaginaţiei dirijate, prin care se modifică imaginile negative.

De exemplu, o pacientă era asaltată de imagini legate de faptul că va leşina în public. Discuţiile au ajutat-o să înţeleagă faptul că cel mult îşi va pierde cunoştinţa pentru câteva secunde şi apoi îşi va reveni şi se va comporta normal. Vizualizarea modului în care îşi revine şi se comportă normal au ajutat-o să-şi reducă anxietatea.

6) Experimentarea în sfera comportamentului

Terapeutul cere pacientului să verifice în viaţa reală dacă gândurile negative sunt adevărate.

a) Experimentarea în cazul pacienţilor cu anxietate generalizată

Un om de afaceri se simţea foarte speriat când trebuia să vorbească în public. El credea că subalternii săi vor observa anxietatea sa şi vor înceta să-i acorde respectul cuvenit. Fiind evidentă pentru alţii, el a afirmat că e convins că dacă el se simte anxios ceilalţi trebuie să-şi

dea seama de asta. Ca test, terapeutul i-a cerut să ţină un mic discurs în timp ce va fi înregistrat pe video. În timp ce vorbea el s-a simţit anxios, dar spre surprinderea sa, revăzând caseta, nu a observat nici un semn vizibil de anxietate. Aceasta a redus convingerea sa cu privire la faptul că ceilalţi ar observa cât de anxios este. (La început estima că ceilalţi îi observau teama cu un procent de 65, iar în urma experimentului aprecierea lui s-a redus până la 30%).

b) Experimentarea (testarea) în sfera comportamentului cu subiecţi suferind de atacuri de panică.

Scopul principal al abordării terapeutice este modificarea interpretării catastrofizante pe care o au pacienţii în legătură cu senzaţiile lor corporale, pe care le trăiesc în cursul atacului de panică. În aceste cazuri se propun pacienţilor experimente de hiperventilaţie prin intermediul cărora se pot reproduce voluntar simptomele corporale ale stării de panică. (Li se cere să inspire rapid pe nas şi pe gură, timp de două minute, golind cât mai mult plămânii la expiraţie şi nu li se spune precis ce senzaţii vor trăi. Apoi pacienţii sunt invitaţi să aprecieze dacă nu cumva senzaţiile trăite după exerciţiu seamănă cu cele din cursul atacului de panică. Se analizează apoi eventualele asemănări şi deosebiri dintre cele două categorii de senzaţii. De pildă, dacă pacienţii spun că senzaţiile fizice sunt asemănătoare dar lipseşte anxietatea, pacientul este întrebat cum s-ar simţi dacă astfel de senzaţii ar apărea brusc şi neaşteptat, atunci când el nu s-ar găsi în clinică. În cele mai multe cazuri pacienţii recunosc că le-ar interpreta în mod catastrofic - "voi face un atac de cord".)

Pornindu-se de la aceste discuţii se trece la învăţarea pacientului să realizeze o tehnică de respiraţie controlată, care contribuie la reducerea simptomelor fiziologice de panică.

Clark, Salkovskis şi Chalkley (1985) au găsit că învăţarea controlului respiraţiei este foarte eficientă cu ajutorul unei benzi de magnetofon, unde o voce calmă pronunţă "inspiră" timp de două secunde şi "expiră" pentru un interval egal de timp (ritmul respirator este variabil şi se alege în funcţie de subiect), prelungindu-se treptat durata inspirului şi expirului.

Apoi pacientul este instruit să utilizeze respiraţia controlată atunci când presimte instalarea unui atac de panică (de pildă, expiraţie prelungită).

În cadrul unui alt experiment, unei paciente care crede că este grav bolnavă de inimă pentru că își simțea mai frecvent decât alții bătăile inimii, terapeutul îi explică faptul că acest fenomen reprezintă doar efectul concentrării atenției asupra unor funcții ale organismului. Deoarece ea s-a arătat sceptică, terapeutul i-a cerut să se concentreze asupra inimii în timpul ședinței timp de 5 minute. Pacienta a constat cu surpriză că simpla concentrare asupra cordului o făcea să simtă pulsul în zona frunții, la gât, în piept și chiar în degete. Apoi i s-a cerut să descrie mobilierul din cabinet tot timp de 5 minute, timp în care ea nu a mai fost conștientă de bătăile inimii sale.

Un alt tip de experiment constă în demonstrarea rolului gândurilor în declanșarea unor atacuri de panică și aceasta se realizează prin producerea unui atac de panică prin simpla manipulare verbală. Se poate face:

- prin solicitarea pacientului să citească cu voce tare o serie de cuvinte care desemnează posibile catastrofe sau senzații corporale (sufocare, palpitații, moarte etc.);
- prin tehnica imaginației dirijate în cadrul căreia li se cere să-și imagineze în detaliu că au un atac de panică, să descrie senzațiile trăite și consecințele de care se tem. Dacă experimentul reușește, terapeutul îi demonstrează pacientului rolul montajului cognitiv în declanșarea stării de panică.

➤ Terapia comportamentelor de evitare

Deși anxioșii nu au comportamente sistematice de evitare ca cei fobici, unii dintre ei evită totuși unele activități sau situații (*Butler ș.a., 1987 a*).

- În primul rând aproximativ 40% din pacienții cu anxietate generalizată evită situațiile care presupun evaluarea socială (a vorbi în public, a mânca la restaurant), iar aproximativ 20% dintre ei evită și situațiile pe care le evită agorafobicii (a călători cu mijloace de transport în comun, a face cumpărături, a se afla în aglomerație).
- În al doilea rând ei evită unele activități care produc senzații care evocă teamă (ca de pildă, exercițiile fizice).
- În al treilea rând utilizează strategii de evitare când se instalează simptomele (ex.: se sprijină de obiecte solide când apare senzația de leșin).

Toate cele trei modalități de evitare tind să mențină gândurile negative ale pacienților. Din acest motiv este bine ca terapeutul să încurajeze pe pacienți să intre în situații sau să se angajeze în activitățile pe care au tendința să le evite pentru a verifica dacă lucrurile de care se tem se vor produce într-adevăr.

Pacienții sunt încurajați să se expună gradat la situațiile sau acitivitățile anxiogene. Mai mult chiar, ei sunt solicitați să anticipeze ce se va întâmpla în timpul exercițiului de expunere și apoi să evalueze dacă ceea ce se petrece cu adevărat este mai rău sau mai puțin rău decât au anticipat (apreciază pe scale nivelul de anxietate).

În plus este important să se modifice și acele modele de comportament pe care pacienții s-au obișnuit să le pună în acțiune odată ce simptomele se declanșează.

De pildă, un pacient cu atacuri de panică se temea că își va pierde mințile în timpul respectivului atac. Întrebat ce îl împiedică totuși să nu și le piardă, el a răspuns că încerca să-și controleze gândurile și că asta îl salva.

Pentru a-i demonstra faptul că este vorba de o convingere eronată, terapeutul l-a determinat să reproducă în plan imaginativ simptomele și apoi să nu-și controleze gândurile. Drept urmare el a constatat că atacul de panică nu duce la nebunie.

Un pacient care se temea să nu-i tremure mâinile în public verifica mereu acest lucru cu palmele întinse și degetele depărtate. Terapeutul i-a demonstrat că o astfel de poziție favorizează tremuratul mâinilor chiar și la persoane care nu se tem de așa ceva.

➤ Învățarea unor noi modele de comportament și a unor deprinderi de a face față situațiilor

Pentru mulți pacienți, situațiile sociale sunt dificile pentru că ei nu au deprinderi de conversație sau comportament social. În astfel de cazuri este necesară o antrenare a abilităților sociale. Odată problema identificeată, respectivele comportamente sunt modelate de către terapeut în cursul ședinței și apoi practicate sub formă de role-playing în timpul psihoterapiei și apoi în situațiile de viață.

Tehnica identificării supozițiilor negative (disfuncționale). Se poate realiza prin:

a) utilizarea unor jurnale zilnice în care se notează aceste supoziții disfuncționale;

b) identificarea gândului negativ și găsirea convingerii care se ascunde în spatele lui.

Pacientul se întreabă: "Dacă gândul ar fi într-adevăr real ce ar însemna asta pentru mine?"

Ilustrarea unei supoziții disfuncționale, a răspunsului rațional și a planului de schimbare (*Clark și Beck, 1988*) - În Cognitive approaches. În Handbook of anxiety disorders (ed. Last, C și Hersen, M) p. 362 - 385. Pergamon, New York.

1. Supoziția disfuncțională

Eu nutresc convingerea că "nu sunt bun de nimic dacă nu reușesc. Toate succesele mele trecute nu valorează doi bani dacă nu reușesc din nou. Nimeni nu mă va iubi dacă nu voi reuși."

2. Răspunsul rațional și planificarea schimbării

Gândul meu este nerațional și el a apărut pentru că părinții nu m-au lăudat niciodată pentru succesele obținute ci mi-au sugerat mereu că este un nou obstacol de trecut.

Această idee a mea nu este adevărată și pentru că în trecut am obținut realizări pe care nimeni nu mi le poate lua înapoi. Eu sunt același și atunci când am note slabe la școală și nimeni din familie nu s-a purtat cu mine altfel în această situație. Ei continuă să mă iubească.

Mai mult, acest gând este perturbator pentru că mă face să mă simt tot timpul anxios.

Pentru că nutresc acest gând de multă vreme, va trebui să lupt mult cu mine pentru a-l schimba și aceasta îmi va cere ceva timp. Pot să fac două lucruri pentru a facilita schimbarea:

a) să fac o listă cu convingerile mele;

b) să-mi petrec o parte din timp făcând ceva ce îmi face cu adevărat plăcere, nu să fac doar acele lucruri care trebuie îndeplinite.

Tehnica este ilustrată și prin intermediul următorului exemplu:

O pacientă anxioasă nutrea gândul că nu va putea face tot ce și-a propus să realizeze. Discuția a pus în evidență faptul că la baza ei stătea afirmația eronată: "Trebuie să realizez totdeauna lucrurile perfect."

Notând avantajele și dezavantajele acestei convingeri a apărut că avantajul (uneori se obține lucru de calitate) este depășit de dezavantaj (se produce anxietate care o împiedică să-și asume riscuri, o făcea să-și restrângă aria de activități).

Programul terapeutic a constat în a-i propune să lupte împotriva convingerii eronate încercând să facă lucrurile mai puțin perfect în mod deliberat, ceea ce a făcut să găsească mai multă satisfacție în activitățile cotidiene pentru că a încetat să-și evalueze tot timpul performanțele.

Tehnicile de relaxare. Îi ajută pe pacienți să-și demonstreze faptul că țin sub control simptomele lor.

Peveler și Johnston (1986) au demonstrat și faptul că relaxarea crește gradul de accesibilitate a informațiilor pozitive în memoria pacientului și facilitează găsirea unor alternative la gândurile anxiogene.

Relaxarea se realizează prin:

- realizarea planificată a unor activități care îi fac plăcere subiectului;
- pauze planificate în cadrul unor programe încărcate;
- practicarea unor tehnici standardizate de relaxare.

Indiferent ce tehnică de relaxare se alege, aceasta trebuie practicată până când devine deprindere utilizată nu doar acasă, în fotoliu, ci și în situațiile de viață.

Majoritatea pacienților cu anxietate răspund favorabil la relaxare. Există însă un număr limitat de pacienți care devin anxioși în timpul practicării relaxării (*Heide și Borkovec, 1984*). Printre aceștia se numără pacienții care se tem de pierderea autocontrolului.

Mai mult, la unii pacienți concentrarea asupra corpului poate evoca producerea unor senzații pe care aceștia le interpretează eronat ca fiind semne de boală. Aceste reacții negative pot fi reduse dacă se explică pacienților că ei pot trăi în timpul relaxării senzații neobișnuite. De multe ori aceste situații pot fi exploatate în cursul psihoterapiei prin procesul de reatribuire de semnificații (subiectul poate acorda o altă interpretare senzațiilor corporale).

Relaxarea trebuie prezentată ca o modalitate de reducere a anxietății și prin aceea că în cursul ei se poate realiza expunerea progresivă, în plan imaginativ, la diverse situații anxiogene.

Prevenirea recăderilor. Pentru a creşte încrederea în sine a pacientului, spre sfârşitul terapiei, când simptomele au dispărut, se măreşte intervalul dintre şedinţele de psihoterapie.

Dacă terapeutul anticipează producerea vreunui eveniment negativ (pierderea serviciului, ruperea unei legături afective), el trebuie să lucreze cu pacientul strategii de a face faţă unor astfel de situaţii.

Terapeuţii cognitiv-comportamentalişti sunt de părere că o cauză majoră a recăderilor ar fi adunarea unor argumente insuficiente împotriva gândurilor negative.

Pentru a antrena această capacitate de a descoperi contr argumente la gândurile negative, în cursul unor şedinţe de rolélaying pacientul furnizează argumente împotriva ideilor sale negative, iar terapeutul îl provoacă prin contraargumente. Acest procedeu îi ajută pe pacienţi să descopere punctele slabe din cadrul luptei lor cu ideile negative. Când aceste puncte slabe ale argumentării sunt identificate, pacientul învaţă să găsească argumente mai convingătoare.

CAPITOLUL 6
PSIHOTERAPIA RAŢIONAL-EMOTIVĂ

Psihoterapia raţional-emotivă (RET) reprezintă o combinaţie a unor tehnici de psihoterapie comportamentală cu elemente de abordare terapeutică filozofică.

Elis a fost pregătit ca psihanalist şi după ce a practicat psihanaliza timp de 5 ani a abandonat-o afirmând că este ineficientă.

Elis îşi defineşte metoda ca o psihoterapie activ-directivă, de scurtă durată (de la 5 la 15 şedinţe). După Elis şi Dryden (1987) criteriile sănătăţii psihice sunt următoarele: interes faţă de propria persoană, interese sociale, toleranţa înaltă la frustraţie, flexibilitate, acceptarea cu uşurinţă a incertitudinii, stabilirea de scopuri creative, gândire ştiinţifică, fără utopii, responsabilitate faţă de propriile probleme emoţionale şi autodirecţionare.

RET presupune utilizarea următoarelor tehnici şi reguli:

1. Învăţarea rapidă a ABC-ului metodei.

De la prima şedinţă i se explică pacientului că un eveniment nefericit activator (As) contribuie dar nu produce perturbarea psihică (comportamentul de eşec, înfrângere) care se manifestă la nivelul C (respectiv produce consecinţe emoţionale şi comportamentale).

De fapt persoanele se perturbă pe ele însele datorită credinţelor şi opiniilor neraţionale (iBs) cu privire la evenimentul activator (As).

Terapeutul arată pacientului diferenţa uriaşă dintre credinţele raţionale (rBs) prin intermediul cărora subiectul îşi exprimă dorinţa ca situaţia, evenimentul activator (As) să se amelioreze şi credinţele iraţionale (iBs) care preprezintă cerinţe absolutiste şi absurde conform cărora evenimentul (As) trebuie, cu orice preţ, să fie ameliorat.

Chiar din primele şedinţe i se arată pacientului cum să lupte prin contraargumente (D = dispute) împotriva convingerilor iraţionale şi prin aceasta să ajungă la E, care este o nouă filosofie eficientă, care la rândul său va genera sentimente eficiente de auto-ajutorare (self-helping) şi comportamente sănătoase.

2. Cu cât terapeutul este mai activ, mai directiv şi mai persuasiv atunci când îi explică pacientului ABC-ul metodei, cu atât mai repede învaţă pacienţii să se autoajute.

3. Manifestarea încrederii în eficiența metodei

Terapeutul trebuie să manifeste în prezența pacientului încredere în faptul că psihoterapia rațional-emotivă dă rezultate rapide şi eficiente. Cu toate acestea nu trebuie exagerat, în sensul că terapeutul trebuie să afirme că metoda dă rezultate adesea, nu totdeauna. De regulă, pacienții îşi pun problema dacă nu cumva este ceva în neregulă cu ei în cazul în care nu obțin ameliorări rapide.

4. Prescrierea unor teme pentru acasă

Foarte repede terapeutul dă sarcini pentru acasă pacientului, sarcini ce vizează aspectele cognitive, emoționale şi comportamentale. (De exemplu, realizarea unor liste cu gândurile negative, autoperturbatoare).

5. Sarcinile cu caracter imploziv

Mulți psihoterapeuți, în special terapeuții specializați în terapie cognitiv-comportamentală, utilizează prescrierea unor sarcini graduale, ca de pildă, solicitarea pacientului să realizeze exerciții de desensibilizare pe plan imaginativ sau *in vivo* o dată sau de mai multe ori pe săptămână (*Wolpe, 1983*).

În cadrul psihoterapiei rațional-emotive uneori se procedează astfel. Cu toate acestea Elis sugera adesea pacienților săi să realizeze exercițiile în mod imploziv (de 10-20 de ori pe zi).

De pildă, fumătorilor li se cere să alcătuiască şi apoi să parcurgă liste cu dezavantajele fumatului de 10-20 de ori pe zi sau, persoanelor cu fobie de ascensor li se cere să meargă cu liftul de 25 de ori pe zi, spunându-şi, în timp ce realizează acest lucru: "Nu am nevoie de asigurări că acest lift nu va cădea, pentru că există o probabilitate foarte redusă ca acest lucru să se întâmple. Pot suporta disconfortul de a merge cu liftul şi dacă realizez acest lucru, curând mă voi simți bine în timp ce merg cu liftul".

Elis a observat că atunci când se administrează sarcini implozive, durata terapiei se scurtează foarte mult şi eficiența ei creşte.

6. Acțiuni ferme şi puternice împotriva gândurilor negative

Terapeutul trebuie să-l învețe pe pacient (client) cum să lupte eficient şi cu tărie împotriva convingerilor iraționale, demonstrându-le faptul că o argumentare slabă va duce doar la un "insight" de natură intelectuală, nu şi emoțională, ceea ce va avea ca efect producerea unor schimbări minore, cu durată limitată.

7. Discriminarea între sentimentele adecvate şi cele neadecvate

Încă de la început, pacientul este învățat cum să discrimineze între stările afective negative adecvate care apar în cazul producerii unui eveniment psihotraumatizant activator (tristețe, regret, frustrație) şi stările afective neadecvate: panică, depresie, ură față de propria persoană). Li se demonstrează că gândurile iraționale sunt cele care generează sentimentele inadecvate, autoperturbatoare.

De asemenea, li se explică pacienților faptul elementar că uneori este indicat ca omul să trăiască emoții puternice, dar că nu este necesar ca aceste emoții să fie etalate în fața unor persoane cu autoritate (şefi, profesori), care ar putea penaliza pacientul pentru faptul că manifestă astfel de reacții emoționale.

8. Clientul este ajutat să devină mai realist, mai logic şi să nu realizeze aşa-numita "masturbare intelectuală".

Elis este de părere că toți pacienții au credințe de tip nerealist "Pentru că ai refuzat să iei masa cu mine, înseamnă că am făcut ceva rău şi tu mă urăşti.") sau lipsit de logică ("Pentru că eu mă port frumos cu tine, tu trebuie, în mod obligatoriu, să te porți la fel cu mine.").

În spatele acestor afirmații lipsite de logică stau postulate absolutiste de tipul: "Eu trebuie, în orice condiții, şi cu orice preț, şi întotdeauna să obțin aprobarea ta şi să te fac să te porți bine cu mine".

9. Psihoterapia rațional-emotivă de grup

Psihoterapia rațional-emotivă de grup singură, sau în combinație cu cea individuală îi ajută pe clienți să obțină ameliorări mai rapide, pentru că, participând la grup subiecții realizează faptul că şi alții au probleme emoționale şi văd cum aceştia se luptă să le rezolve.

În grup participanții discută cu alții despre gândurile lor iraționale, obțin sprijin de la alte persoane şi sunt încurajați să-şi pregătească temele pentru acasă. În acelaşi timp, în grup se realizează jocuri care au ca obiectiv lupta cu convingerile negative, precum şi antrenarea unor abilități sociale.

10. Terapia rațional-emotivă (RET) poate fi utilizată în combinație cu alte metode terapeutice ca: tehnici specifice psihanalizei, ale gestalt-terapiei, ale terapiei de familie sistemice, ale analizei tranzacționale sau ale terapiei existențialiste.

Elis recomandă totuşi evitarea unor proceduri, pe care le consideră neelegante, pentru scurtarea duratei tratamentului şi pentru obţinerea unor rezultate mai stabile. El propune evitarea, pe cât posibil a:

a) Metodei asociaţiilor libere, pentru că pune în evidenţă tone de material irelevant bun pentru a scrie romane, dar nu pentru a identifica rapid gândurile iraţionale. Mai mult, această metodă, mai ales dacă este utilizată extensiv, împiedică chestionarea directă, argumentările şi strângerea de dovezi, ea determinându-i pe pacienţi să se complacă în nefericirea lor în loc să lupte pentru a depăşi situaţia.

De asemenea, analiza viselor nu este considerată de Elis ca fiind "calea regală spre inconştient" aşa cum spunea Freud, ci un fel de "ladă de gunoi" a unor fragmente de materiale din zilele precedente şi analiza lor ar face mai mult rău decât bine.

Elis practică rareori analiza viselor, dar când o face totuşi, aceasta este de scurtă durată, el căutând în vise elemente ale credinţelor iraţionale, arătându-i-se clientului în ce constau acestea şi cum să lupte împotriva lor.

b) Elis recomandă evitarea unor atitudini prea apropiate ale terapeutului faţă de pacient.

El afirmă că a încercat să acorde pacienţilor multă căldură afectivă şi suport, conform metodei lui Ferenczi (1952) şi rezultatul a fost că aceştia se simţeau bine, doreau mai multe şedinţe pe săptămână şi aveau tendinţa de a prelungi tratamentul, unii dintre ei devenind dependenţi de terapeut, ceea ce îi făcea să devină şi mai perturbaţi (cu nevoi iraţionale de dragoste şi cu toleranţă scăzută la frustraţie).

Elis propune o atitudine empatică încărcată de feed-back-uri care să reflecte această atitudine.

c) Evitarea furnizării unui număr prea mare de detalii cu privire la evenimentul activator (As).

Mulţi clienţi, mai ales dintre cei obişnuiţi cu psihanaliza, cu tendinţa de a descrie evenimentul nefericit prin istorii lungi, pline de detalii. Uneori acest fenomen are efect catartic, îi face să se simtă pe moment mai bine, dar nu îi face să se schimbe.

De regulă, această practică este consumatoare de timp şi încurajează şi ea pe pacient să se scufunde în nefericirea sa. Din acest motiv terapeutul trebuie să ceară clientului să rezume problema şi să se

concentreze asupra gândurilor iraţionale şi a consecinţelor lor pe plan emoţional şi comportamental.

d) Evitarea vorbăriei compulsive cu privire la propriile sentimente.

Mulţi pacienţi, mai ales dintre cei care au mai urmat alte forme de psihoterapie, au tendinţa de a reveni în mod obsedant la sentimentele şi trăirile lor. În astfel de cazuri este indicat ca terapeutul să spună: "Înţeleg foarte bine ce ai simţit în legătură cu evenimentul respectiv şi cred că multe dintre trăirile tale sunt justificate. Dar, hai mai bine să ne concentrăm asupra sentimentelor neadecvate şi dăunătoare şi asupra a ceea ce gândeşti şi faci pentru a le crea şi pentru a le menţine. Să ne întoarcem la gândurile tale iraţionale care te fac să trăieşti panica, depresia şi sentimente autodestructive."

e) Evitarea excesului de gândire pozitivă

Încă de la începutul elaborării sistemului său, Elis a utilizat gândirea şi imageria pozitivă, exprimate în afirmaţii de tipul: "Mă voi putea ameliora, dacă încerc cu adevărat". "Nu voi fi totdeauna respins, ci uneori voi fi acceptat, dacă mă apropii de oameni.". "Încet şi cu răbdare se câştigă cursa".

Dar acest tip de gândire are şi serioase dezavantaje:

- gândurile pozitive pot să aibă un caracter utopic şi să conducă la dezamăgiri viitoare;
- ele contribuie la obţinerea performanţelor, dar implică şi ideea că pacientul trebuie să reuşească cu orice preţ, trebuie să fie aprobat pentru că altfel se va dovedi fără valoare;
- este mai indicată o abordare de tip filosofic şi nu pragmatic.

Abordarea pragmatică este de tipul: "Eu pot face acest lucru totdeauna bine, voi lua în consideraţie numai performanţele şi voi înceta să mă blamez."

f) Evitarea accentuării exagerate a schimbărilor şi soluţiilor practice.

Psihoterapia raţional-emotivă postulează faptul că oamenii vin la terapie pentru:

1. Probleme practice, ceea ce înseamnă că ei tind să obţină cât mai mult din ceea ce doresc de la viaţă şi cât mai puţin din ceea ce nu doresc de la viaţă.

2. Aspectele emoțional-comportamentale ridicate de problemele practice.

Pacienții se autoperturbă permament pentru:

- modul ineficient în care își rezolvă problemele practice (perturbări primare);
- cât de sever perturbați sunt (perturbări secundare);
- cât de dificil este demersul psihoterapeutic și cât de puțin au obținut de pe urma acestuia.

Ca și alte sisteme psihoterapeutice, psihoterapia rațional-emotivă furnizează clientului tehnici eficiente de rezolvare de probleme și tehnici de antrenare a unor abilități de a face față diverselor situații. Dar ceea ce deosebește RET-ul de alte sisteme psihoterapeutice este că acest sistem îi ajută pe oameni să se modifice atunci când se află într-o situație disfuncțională și abia apoi îi ajută să modifice respectiva situație.

Se pornește de la premisa că dacă subiecții modifică evenimentul activator, respectiv împrejurarea de viață "ei se simt mai bine și nu mai manifestă tendința de a se modifica pe ei înșiși în sensul renunțării la un stil irațional de gândire". Din acest motiv, Elis evită să lucreze prea mult asupra unor soluții practice (rezolvarea de probleme sau deprinderi de viață), până când clienții nu renunță la patternul negativ de gândire, pentru că altfel, nu vor mai face niciodată acest lucru.

RET este un sistem psihoterapeutic care se vrea mai scurt decât alte tipuri de psihoterapie, deși Elis este de părere că dacă se lucrează cu pacienți dificili (sever tulburați, rezistenți, borderline sau chiar psihotici), psihoterapia se poate întinde pe parcursul mai multor ani.

RET își propune să conducă la o ameliorare de lungă durată astfel încât clienții:

- să renunțe la simptomele lor (ex.: anxietate crescută în situații sociale);
- să reducă sau să elimine alte aspecte disfuncționale (ex.: să elimine tracul legat de situațiile competiționale);
- să mențină progresele obținute în urma psihoterapiei;
- să utilizeze cele învățate în urma aplicării RET de-a lungul anilor pentru a preîntâmpina situația în urma căreia s-ar putea simți din nou serios tulburați;
- în cazul în care survine o nouă problemă ei pot utiliza tehnicile RET pentru a depăși noile dificultăți.

RET nu reprezintă doar un demers cognitiv, ci și profund filosofic, autorul fiind convins de faptul că dacă oamenii se bazează pe o filosofie sănătoasă, ei pot renunța la modul nevrotic de gândire, simțire și comportament.

Elis consideră că deși psihoticii sunt programați să funcționeze în mod aberant, chiar și ei se pot ameliora, măcar parțial, dacă își modifică atitudinea față de ei înșiși, față de alții sau față de împrejurările de viață.

Nevroticii se vor autoperturba mai puțin, chiar când sunt confruntați cu situații psihotraumatizante, dacă renunță la modul de gândire dogmatic, absolutist, lipsit de logică și orientat împotriva datelor realității.

Pentru a produce restructurarea atitudinală a clienților, Elis propune următoarele soluții:

1. Oamenii trebuie să conștientizeze faptul că ei se perturbă pe ei înșiși într-o măsură mult mai mare decât îi perturbă ceilalți sau împrejurările de viață.

2. Trebuie implementată convingerea fermă că omul poate refuza să se lase perturbat de evenimente minore care s-au produs sau s-ar putea produce și că, odată perturbați, ei au posibilitatea să reducă singuri perturbarea respectivă.

3. Conștientizarea faptului că nu dorințele, scopurile sau valorile personale sunt cele care îi perturbă pe oameni, ci cerințele absolutiste, rigide și iraționale în legătură cu acestea.

4. Pacienții trebuie să realizeze faptul că au mult de lucrat asupra lor pentru a-și restructura gândurile iraționale, sentimentele neadecvate și comportamentele disfuncționale și că minuni nu există, ci doar acțiuni tenace de autoperfecționare.

5. Trebuie dezvoltată atitudinea conform căreia dacă pacienții vor lupta din răsputeri împotriva gândurilor negative, a sentimentelor autoperturbatoare și comportamentelor disfuncționale, ei vor fi capabili să se modifice rapid.

Pacienții găsesc soluții pentru propriile lor probleme mai ales atunci când dezvoltă un interes pe termen lung pentru un anumit

domeniu de activitate. Din acest motiv, Elis îşi încuraja pacienţii să proiecteze un scop: întemeierea unei familii, carieră profesională, aderarea la o activitate politică, socială sau religioasă etc.

Avantajele acestei orientări ar fi următoarele:

- pacienţii îşi comută atenţia de la simptome, stări afective negative sau comportamente de eşec;
- ei realizează faptul că existenţa lor capătă un sens real, ceea ce îi face să renunţe la sentimentele de inutilitate sau la ideile suicidare;
- subiecţii obţin plăcere de pe urma intereselor lor vitale şi astfel le vine mai uşor să accepte aspectele mai puţin agreabile ale existenţei lor pe alte planuri;
- ei încep să se perceapă pe sine ca "buni" şi "utili" pentru că sunt angrenaţi într-o cauză "bună" şi "valoroasă". Trebuie să fim atenţi la faptul că există posibilitatea ca indivizii să aibă tendinţa spre autodevalorizare, dacă respectiva cauză eşuează.

Grieger (1991) arată că tulburările emoţionale şi comportamentale sunt consecinţa sistemului perfecţionist, catastrofizant şi autoevaluativ de a vedea existenţa şi propria persoană.

Tehnica de bază a psihoterapiei raţional-emotive este tehnica argumentării.

1. Clientul care începe psihoterapia raţional-emotivă este solicitat de terapeut să-şi asume deplina responsabilitate a tratamentului.

Grieger este de părere că la începutul terapiei este bine ca el să semneze un fel de angajament de tipul: "Mă angajez să-mi asum întreaga responsabilitate pentru a face tot ce este necesar pentru a combate sentimentele şi acţiunile care duc la eşec".

2. Apoi i se recomandă clientului să citească o serie de materiale referitoare la psihoterapia raţional-emotivă.

3. Urmează descoperirea şi evaluarea gândurilor negative autoperturbatoare. Pentru a realiza acest lucru clientul trebuie să citească şi să reflecteze asupra următoarelor maxime (insight-uri);

a) Modul în care te simţi şi te comporţi este în mare măsură determinat de modul în care gândeşti şi nu atât de ceea ce ţi se întâmplă sau de acţiunile celor din jur.

Putem reprezenta acest adevăr sub forma teoriei ABC, în care A este evenimentul extern, activator, B credinţele şi opiniile tale în raport cu el şi C reacţiile tale emoţionale şi răspunsurile comportamentale, adică modul în care te simţi şi acţionezi atunci când apreciezi cele întâmplate.

b) Indiferent de ce ţi s-a întâmplat în trecut (dacă părinţii te-au iubit sau nu), ai devenit o persoană perturbată în momentul în care ţi-ai însuşit un sistem iraţional de convingeri. Cu alte cuvinte, indiferent cât de iraţional s-au comportat ceilalţi faţă de tine, te-ai dereglat doar când ai început să crezi în ideile greşite ale celorlalţi despre tine sau despre viaţă.

c) Deşi eşti responsabil pentru crearea şi menţinerea stilului iraţional de gândire, nu trebuie să te autoblamezi pentru că majoritatea oamenilor au în general tendinţa de a gândi iraţional şi autoblocant, la care se adaugă şi faptul că societatea ne bombardează şi ea cu idei neraţionale, generatoare de nevroză, Dă-ţi seama că ai aceleaşi probleme ca şi majoritatea oamenilor şi acceptă-te aşa cum eşti, deşi tu eşti cel care ţi-ai creat şi îţi menţii problemele.

d) Este necesar să depui eforturi susţinute pentru a conştientiza credinţele iraţionale şi apoi pentru a le distruge prin contraargumentare.

Deci, clientul trebuie să:

- identifice credinţele iraţionale;
- să aprecieze modul în care gândurile şi credinţele iraţionale conduc la trăiri afective negative şi la comportamente de eşec.

Pentru identificarea credinţelor şi gândurilor iraţionale clientul trebuie să aprecieze o serie de afirmaţii, exprimându-şi acordul şi dezacordul faţă de el. Aceste afirmaţii aparţin unor scale de tipul:

- Scala de atitudini disfuncţionale (DAS) elaborată de Arlene Weissman;
- Testul pentru gânduri iraţionale (IBT) elaborat de R.G. Jones.

4. Clientului i se dau şi sarcini pentru acasă şi anume să acorde 15-30 de minute activităţii de identificare a gândurilor iraţionale, după următorul model:

A	B	C
Eveniment activator	Credinţe şi gânduri iraţionale	Consecinţe emoţionale şi comportamentale

a) Atunci când te-ai supărat pentru ceva, descrie pe scurt ce anume s-a petrecut.

b) Notează emoţiile negative care au însoţit evenimentul (anxietate, culpabilitate, depresie, mânie etc.).

Notează apoi comportamentele negative, care conduc la eşec în raport cu evenimentul A.

c) Notează gândurile ceare ţi-au apărut când te-ai confruntat cu evenimentul A şi care au produs stările afective negative şi comportamentele neadecvate.

5. Modificarea modului negativ de a gândi

a) Clientului i se cere să consulte materialele din care învaţă cum să combată gândurile negative.

b) Trasarea unor sarcini de natură comportamentală mai eficiente de distrugere a gândurilor negative este lupta activă împotriva lor.

Prezentăm mai jos câteva din sarcinile trasate subiectului:

- Distragerea atenţiei prin cufundarea în activităţi agreabile.

  Imaginaţie raţional-emotivă; subiectul trebuie să-şi imagineze cât mai în detaliu evenimentul negativ şi apoi să gândească despre el în mod raţional.

  Efectuarea în public a unor acţiuni ridicole sau stupide pentru ca subiectul să nu mai simtă sentimentul de jenă.

- Realizarea deliberată în situaţii în care subiectul nu se simte confortabil.
- Asumarea riscului: realizarea unor acţiuni de care subiectul se teme.
- Exersări pe plan comportamental; subiectul trebuie să repete acţiuni pentru care nu are aptitudini sau pe care îi e frică să le realizeze.
- Autoacordarea unor recompense şi sancţiuni.

Model de protocol pe care subiectul trebuie să-l completeze acasă

Săptămâna;

Activitatea propusă;

Recompense;

Pedepse;

Data	Acţiune realizată	Gânduri iraţionale
	Da/Nu	

c) Clientului i se cere apoi ca timp de o lună să dedice 15-30 minute pe zi pentru a aduce contraargumente în scris la ideile şi gândurile iraţionale.

În felul acesta, clientul învaţă să devină propriul său terapeut pentru problemele viitoare. Temele scrise se discută cu terapeutul în cursul fiecărei şedinţe de psihoterapie.

6. Combaterea rezistenţelor

Deşi clientul a făcut paşi serioşi pe drumul psihoterapiei el poate constata cu surpriză că începe să lupte împotriva terapeutului, a psihoterapiei şi chiar a lui însuşi. Astfel, de pildă, el poate să nege că ar avea probleme să nu mai dorească să participe la şedinţele de psihoterapie, să aducă contraargumente împotriva celor solicitate de terapeut sau să refuze să-şi facă temele pentru acasă.

Această etapă este specifică oricărui demers psihoterapeutic şi poartă denumirea de fază de rezistenţă.

Psihoterapeuţii specializaţi în RET sunt de părere că rezistenţele au următoarele surse:

- insuficienţa înţelegere din partea pacientului a ceea ce-i spune sau ce-i cere terapeutului să realizeze. Dacă aşa stau lucrurile, clientul este solicitat să discute deschis cu terapeutul care va clarifica pentru el problemele;
- rezistenţele pot avea drept sursă şi temerile nerealiste sau prejudecăţile iraţionale ale pacientului.

Albert Elis, fondatorul psihoterapiei raţional-emotive, a descris aceste probleme în lucrarea sa denumită "Depăşirea rezistenţelor". În respectiva lucrare el enumeră următoarele tipuri de rezistenţe, rezultate din logica greşită a clientului;

1. Teama de disconfort, care are la bază ideea că efortul de schimbare este prea dificil, că subiectul nu poate tolera disconfortul de a realiza teme pentru acasă şi că este mai uşor să se descurce cu propriile sale probleme decât să facă eforturi pentru a le schimba.

2. Teama şi jena de a fi descoperit, derivă din convingerea că subiectul nu trebuie să gândească, să simtă sau să acţioneze aşa cum o face în realitate şi că ar fi îngrozitor dacă altcineva, chiar şi terapeutul, şi-ar da seama de ce simte el cu adevărat.

3. Sentimentele de neputință și de lipsă de speranță rezultă din convingerea că subiectul este incapabil să se modifice, că problema sa este mult prea dificilă și că el este prea mic și prea slab pentru a o putea învinge.

4. Teama de schimbare rezultă din convingerea că subiectul trebuie să se simtă în siguranță chiar cu simptomul său care, deși îi produce disconfort, este ceva cu care s-a obișnuit.

5. Teama de eșec și dezaprobare rezultă din convingerea eronată că subiectul trebuie, cu orice preț, să aibă succes. De pildă, aceasta se teme că dacă va depăși teama de a vorbi în public, el va fi pus să vorbească, va eșua și va fi dezaprobat.

6. Tendința spre auto-pedepsire rezultă din convingerea subiectului că este o persoană rea și că trebuie să continue să sufere pentru răutatea sa prin intermediul simptomului.

7. Tendința spre rebeliune rezultă din opinia subiectului că el trebuie să aibă un control total asupra propriului său destin și că poate face absolut ce dorește. El se revoltă împotriva terapeutului a cărui acțiune o vede ca pe o piedică în calea libertății sale.

8. Beneficiile secundare: pacientul nu dorește să renunțe la simptomele sale pentru că are avantaje de pe urma lor.

La aceste rezistențe Grieger mai adaugă:

9. Descurajarea care rezultă din faptul că dacă subiectul nu se simte imediat mai bine, el nu-și va depăși niciodată propria problemă.

10. Teama de pierdere a identității: subiectul poate crede, în mod eronat, că nu va mai fi el însuși dacă va renunța la sentimentele sale, chiar și negative.

11. Teama de pierdere a rezonanței emoționale rezultă din convingerea greșită că dacă va începe să gândească rațional, va deveni total inafectiv, plat și robotizat.

12. Cerințele exagerate față de ceilalți: subiectul crede, în mod eronat, că ceilalți trebuie să se poarte perfect față de el, fără a admite că ceilalți au propriile lor slăbiciuni omenești și că pot greși. Din acest motiv el poate refuza să renunța la sentimentele de ostilitate față de ei.

Clientul trebuie să identifice și să lupte și împotriva acestui tip de idei iraționale:

A	B	C
Model de gândire și simțire diferită (elaborat în urma psihoterapiei)	Gânduri iraționale care produc rezistențele	Sentimente și comportamente rezistente, consecință a gândurilor B

Pentru a combate rezistențele subiectul trebuie să procedeze astfel:

- Să ignore rezistențele și să continue să practice cele indicate de terapeut.
- Să lupte direct împotriva lor, prin aceleași metode prin care a combătut și celelalte gânduri iraționale.

Odată încheiată psihoterapia, i se cere clientului să-și asume responsabilitatea pentru menținerea câștigurilor obținute de pe urma acesteia.

Cerințele pentru creșterea eficienței psihoterapiei RET:

1. Nu trebuie ignorată total istoria vieții clientului

De regulă specialiștii în RET ignoră modul în care clientul a devenit perturbat, ignorându-se legăturile dintre experiențele trecute și tulburările actuale. Când clientul caută să explice ce anume i s-a întâmplat, terapeutul afirmă că trecutul nu este important și că el se autoperturbă pentru că repetă la nesfârșit pattern-ul de gândire irațională învățat. Această abordare îl forțează pe client să se cantoneze în prezent și să-și asume responsabilitatea propriei schimbări.

Cu toate acestea, afirmă Grieger, uneori trebuie ca terapeutul să se oprească și asupra unor evenimente din istoria vieții clientului și aceasta în următoarele situații:

- când convingerile negative s-au fixat în urma unor situații deosebit de dramatice (viol, agresiune puternică fizică sau verbală în copilărie);
- când opiniile negative despre propria persoană s-au format în copilărie (de pildă, tatăl nu i-a arătat afecțiunea).

Când clientul învață cum să lupte împotriva gândurilor negative trebuiesc explorate circumstanțele în care acestea s-au produs, astfel încât el să fie convins că lucrurile trebuiau să se petreacă astfel și să nu se mai autoblameze:

- trebuie lucrat asupra trecutului şi când clientul continuă să sufere din cauza unui eveniment care s-a petrecut în trecut. Există o diferenţă între simpla contraargumentare a opiniilor iraţionale cu privire la evenimentul respectiv şi re-trăirea sa pe plan imaginativ, luptând împotriva lui ca şi cum s-ar desfăşura în prezent.

Pentru a nu omite astfel de situaţii, Grieger le cere subiecţilor să-şi scrie un fel de psihobiografie în care să descrie:

- persoanele semnificative din viaţa sa (părinţi, fraţi, prieteni);
- modul cum s-au purtat cu el respectivele persoane;
- cum au contribuit ele la apariţia problemelor prezente;
- ce concluzii iraţionale a tras clientul de pe urma respectivelor experienţe suferite;
- experienţe semnificative de la şcoală, din profesie, problemele religioase, problemele sexuale şi orice alte probleme care i se par importante, cum a reacţionat la respectivele experienţe şi ce concluzii a tras de pe urma lor.

2. Terapeutul trebuie să dea dovadă de flexibilitate

Specialiştii în RET recomandă terapeutului să fie activ, directiv, să verbalizeze mult şi să abordeze clientul în forţă.

Cu toate acestea, nu trebuie uitat că psihoterapia raţional-emotivă presupune o convorbire între două fiinţe omeneşti şi din acest motiv trebuie să se acorde atenţia cuvenită sentimentelor clientului, mai ales că analizarea acestora reprezintă un pas spre identificarea gândurilor iraţionale.

Clientul va reacţiona mai bine la un terapeut care îi e simpatic, pe care îl respectă şi care îi acordă la rândul său simpatie şi respect.

Din acest motiv, terapeutul nu trebuie să fie un profesionist inflexibil.

Când terapeutul întâlneşte rezistenţe, el trebuie să oprească ceea ce făcea şi să lucreze asupra acestora, identificând gândurile iraţionale care se ascund în spatele rezistenţelor.

3. Produsul contraargumentării trebuie să fie puternic şi profund

Pentru a fi eficient, terapeutul trebuie să fie suficient de inteligent pentru a nu se lăsa prins de caracterul dramatic al evenimentului activator (ca, de pildă, decesul unui copil).

De asemenea, el nu trebuie să manifeste exces de zel pentru a-l face pe client să-l agreeze, pentru a-l proteja pe acesta sau pentru a-l ajuta, pentru că altfel cade în plasa tendinţelor de victimizare şi neajutorare ale acestuia.

O contraargumentare puternică nu înseamnă repetare de lozinci, ci a vedea prin intermediul logicii cum anume s-au format convingerile negative.

Pentru a verifica în ce măsură clientul crede cu adevărat în propriile afirmaţii iraţionale, terapeutul trebuie să-i pună întrebări suplimentare. Astfel, de pildă, dacă el afirmă că este lipsit de valoare pentru că ea l-a părăsit, terapeutul trebuie să întrebe de ce crede că este aşa.

4. Convingerile iraţionale trebuie abordate ca un tot unitar

Elis (*Elis şi Dryden, 1987*) consideră că sursele gândurilor şi convingerilor iraţionale sunt:

- cerinţele absolutiste;
- toleranţa scăzută la frustraţie;
- tendinţa de auto-evaluare;
- tendinţa spre catastrofizare.

Grieger atrage atenţia asupra caracterului circulator al acestor sursee, care se potenţiază reciproc. Astfel, tendinţa spre autoevaluare produce teama că subiectul nu va fi destul de bun, de unde cerinţa absolutistă că trebuie, cu orice preţ, să realizeze un anumit lucru bine.

5. Caracterul universal al auto-stimei

Deşi RET respinge tendinţele spre auto-evaluare, nu trebuie să uităm că în mod virtual toţi oamenii se autoevaluează şi luptă pentru a fi valoroşi, ei făcându-şi probleme în legătură cu faptul dacă au valoare, dacă merită dragostea celor din jur etc.; tendinţa spre autoevaluare fiind sursa perturbărilor la aproape toţi indivizii. Din acest motiv o parte importantă a RET trebuie să fie îndreptată pentru a se lucra asupra acestui gen de probleme.

CAPITOLUL 7
PSIHOTERAPIA SCURTĂ CENTRATĂ PE OBIECTIV

Terapeuții orientați spre soluții practice (*Walter și Peller, 1992*) elaborează modelul de psihoterapie pornind de la o serie de întrebări:

1. Care este cauza care a generat problema?

De pildă, în tradiția psihanalitică cauza problemei pacientului poate fi descrisă în următorii termeni: oprirea la un stadiu inferior al dezvoltării psihice, tulburare de personalitate, relație nesatisfăcătoare centrată pe obiect, imagine de sine proastă, refularea instinctelor sexuale, conflicte nerezolvate etc. De regulă tulburările de personalitate se explică prin eșecul mecanismelor de apărare ale ego-ului.

Psihiatrii explică tulburările psihice prin intermediul unor dezechilibre biochimice sau prin predispoziții ereditare.

Din modul de a pune problema derivă și elaborarea soluției.

2. Ce anume (ca factori) contribuie la menținerea problemei?

3. Care sunt soluțiile posibile?

a) Există mai mult decât o singură soluție?

b) Pot fi respectivele soluții constructive?

c) Ce anume trebuie să construiască terapeutul împreună cu pacientul?

Construirea unei soluții terapeutice trebuie să implice următorii pași (*după Walter și Peller, 1992*);

I. Terapeutul trebuie să afle exact ce anume dorește pacientul.

Deși acest lucru pare banal la prima vedere, se constată că majoritatea pacienților nu știu exact ce anume doresc, ei plângându-se mai mult de ceea ce *nu* doresc să se întâmple sau de modul în care *nu* doresc să fie.

Terapeutul trebuie să-și folosească toate abilitățile pentru a-l determina pe pacient să-și clarifice scopurile.

II. Terapeutul trebuie să realizeze un interviu clinic în detaliu și o psihodiagnoză pentru a afla ce strategie teerapeutică se potrivește pentru pacientul în cauză și care nu se potrivește.

III. În cazul în care soluția aleasă nu se potrivește, trebuie încercată o altă soluție.

Terapia scurtă centrată pe scop nu reprezintă o colecție de tehnici terapeutice sau o strategie anume, ci mai curând reprezintă un alt tip de abordare a schimbării psihice, o abordare cu caracter sistematic interactiv și constructivist.

Soluția terapeutică este interacțională, ea fiind negociată de terapeut împreună cu pacientul.

Principiile care stau la baza psihoterapiei scurte centrate:

1. Punerea accentului pe aspectele pozitive, pe ideea că soluția e posibilă, pe viitor, facilitează schimbarea în direcția dorită. Discuția trebuie orientată mai curând pe soluție decât pe problema pacientului.

2. Terapeutul cât și pacientul trebuie să caute situațiile care reprezintă excepții de la problema care constituie comportamentul simptomatic. Aceste excepții trebuie speculate în cadrul demersului de construire a soluției.

3. Schimbările în viața psihică a pacientului se produc permanent, iar schimbările minore conduc în cele din urmă la schimbări majore.

4. Dacă terapeutul este capabil să înțeleagă corect modul de a gândi și acționa al pacientului, acesta va coopera cu siguranță.

5. Pacienții sunt de fapt cei interesați să-și rezolve propriile lor probleme.

6. Semnificațiile și experiențele reprezintă constructe interacționale; între acțiuni și descrierile lor se produce o interrelație de tip circular, cele două elemente potențându-se reciproc.

7. Pacientul este cel mai mare expert în rezolvarea propriilor probleme.

8. Orice schimbare în modul în care pacientul percepe soluția la problema sa și tot ceea ce întreprinde el afectează pe toți ceilalți care sunt implicați în problemă și cu care el interacționează (familie, persoane de la locul de muncă etc.).

➤ Regulile psihoterapiei scurte centrate pe soluție

1. În cazul în care pacientul întreprinde ceva pozitiv în direcția rezolvării problemei sale și acele elemente funcționează, terapeutul trebuie să-l încurajeze să continue și nu să sugereze alte soluții din

dorința de a-l ajuta cu orice preț pe pacient, întărind - dacă este posibil - direcția respectivă.

Astfel, un bărbat s-a prezentat la psihoterapie pentru că toți cei din jurul său, inclusiv noua sa prietenă, erau de părere că ceva nu este în regulă cu el pentru că nu s-a căsătorit încă, ceea ce reflectă, probabil, o teamă patologică de căsătorie.

Pacientul a relatat că actuala prietenă era de părere că relația lor progresează pentru că el o trata deschis pe partenera sa, ca pe un prieten, îi vorbea despre absolut orice, inclusiv despre teama sa de căsătorie și relații apropiate. Se poate observa că acest tip de relație - a-și trata partenera ca pe un prieten - funcționa, pentru că, privind-o în felul acesta, pacientul nu o considera ca pe o femeie care îl obligă la căsătorie, deci o amenințare, ceea ce contribuia la întărirea relației.

În acest caz, dacă terapeutul, cu bună intenție, ar fi analizat originile fricii patologice de căsătorie, rezultatul ar fi fost întreruperea relației prietenești a pacientului cu partenera sa.

2. Dacă tot ce a încercat să facă terapeutul până atunci nu a dat rezultate, el trebuie să încerce ceva diferit (*de Shazer, 1985*). Walter și Peller (1992) sugerează că în astfel de cazuri terapeutul să întreprindă altceva, chiar dacă demersul respectiv pare absurd și lipsit de logică.

Astfel, un cuplu se prezintă la psihoterapie pentru că soția refuza relațiile sexuale din motive medicale, iar soțul o solicita în permanență, ceea ce ducea la conflicte.

La un moment dat cei doi soți au relatat terapeutului că au avut relații sexuale. Fiind întrebați cum au ajuns la acest lucru, soția a afirmat că și-a spus în gând: "în fond de ce nu?" și a trecut peste disconfortul ei somatic, iar soțul s-a lăsat antrenat fără să mai pună întrebări. Cei doi soți au afirmat că au simțit că trebuie să procedeze altfel, deoarece modul în care interacționaseră timp de mai mulți ani nu dăduse rezultate.

3. Faceți ca lucrurile să pară simple.

Walter (1992) descrie cazul unui militar care s-a prezentat la psihoterapie pentru că nu-și putea stăpâni agresivitatea față de copiii

săi. Problema sa era că el considera obrăznicia fiilor săi ca un afront personal. Întrebat fiind cum se poartă cu subordonații săi, el a relatat că în momentul în care un subordonat greșește el își spune în gând că acesta este responsabil pentru faptele sale și că nu a greșit în mod special pentru a-și enerva comandantul. Este de la sine înțeles că terapeutul i-a sugerat să-și spună că și copiii lui sunt responsabili pentru faptele lor și că nu caută în mod intenționat să-l enerveze.

4. Dacă terapeutul dorește ca psihoterapia să fie scurtă el trebuie să abordeze fiecare ședință ca fiind ultima.

Aceasta îl face pe terapeut să-și concentreze atenția asupra soluției astfel încât să-l facă pe pacient să părăsească ședința fiind deja angajat pe o direcție de rezolvare a problemei sale.

5. Nu există eșec terapeutic, ci doar feed-back-uri din partea pacientului.

Aceasta înseamnă că dacă strategia utilizată nu a dat rezultate, intră în acțiune regula nr. 2 și anume că terapeutul trebuie să încerce altceva.

O caracteristică a psihoterapiei scurte centrate pe soluție constă în aceea că se lucrează, de regulă, în echipă (doi terapeuți, un bărbat și o femeie).

Pacientului i se spune de la început că după 40 de minute de discuții se va face o pauză în care cei doi psihoterapeuți se vor consulta asupra problemei sale, iar rezultatul i se va comunica pacientului imediat.

Cu toate acestea, uneori psihoterapia în echipă nu este indicată sau este prea costisitoare. În acest caz, terapeutul se retrage singur timp de 5 minute pentru a medita asupra soluției la problema pacientului său.

Psihoterapia este clar orientată spre scop și centrată pe client (se ține seama de ce anume dorește acesta și nu de modelele abstracte ale sănătății mintale, așa cum sunt ele văzute de terapeut).

Relația psihoterapeutică este caldă, empatică și bazată pe ascultare reflexivă, astfel încât pacientul să se simtă înțeles. Se utilizează și tehnicile specifice "programării neurolingvistice" pentru intrarea în rezonanță cu pacientul (astfel dacă pacientul se exprimă în termenii modalității vizuale, terapeutul trebuie să-i răspundă în același fel).

În cadrul acestui sistem psihoterapeutic se pune un accent deosebit pe formularea întrebării terapeutice, pornindu-se de la premisa că întrebarea conține în sine răspunsul.

Astfel, de pildă, întrebarea "care e problema dvs.?" porneşte de la presupunerea că există o problemă şi că pacientul ştie care este aceasta şi este capabil să o descrie (o altă variantă ar fi: "ce anume te-a adus la cabinetul acesta?").

Întrebarea inițială trebuie construită ținând seama de particularitățile fiecărui pacient în parte, particularități de care terapeutul poate să-şi dea seama în mod intuitiv.

A doua întrebare trebuie să fie din categoria "Ce anume doreşti de la psihoterapie?" şi ea trebuie astfel pusă încât să dea conversației o orientare optimistă. Această întrebare poate lua şi forma "Cum ai dori să te comporți după ce s-a încheiat terapia?" sau "De unde ai să ştii când nu mai nevoie să vii la psihoterapie?".

➤ Definirea obiectivelor psihoterapeutice

Walter şi Peller (1992) consideră că demersul psihoterapeutic seamănă cu elaborarea scenariului unui film, în care pacientul este regizorul dar şi actorul principal din cadrul filmului. În cadrul respectivului film pacientul trebuie să-şi rezolve singur problemele sau să realizeze ceea ce doreşte într-un mod pozitiv şi constructiv.

Criteriile unor obiective psihoterapeutice bine definite:

1. Formularea obiectivului terapeutic în termenii gândirii pozitive.

Aceasta nu implică noțiunile de bine sau rău, moral-imoral, sănătos-nesănătos, ci doar exprimarea într-o formă lingvistică prozitivă a ceea ce doreşte să obțină pacientul în urma psihoterapiei, (ce doreşte să facă, cum doreşte să fie, cum doreşte să gândească şi *nu* cum *nu* doreşte să fie).

Se urmăreşte faptul ca pacientul să-şi reprezinte obiectivul dezirabil la nivel de reprezentare, în modalitatea senzorială care îi este specifică (vizuală, auditivă, kinestezică) sau în mai multe modalități senzoriale în acelaşi timp.

Motivul pentru care se cere subiectului să-şi reprezinte obiectivul în termeni pozitivi constă în aceea că dacă îl exprimă în termeni negativi, ce nu trebuie să facă, atenția sa se va cantona pe aspectul

negativ (de pildă, încercați să sugerați unui obez să nu se mai gândească la prăjituri. Rezultatul va fi că imaginile prăjiturilor îl vor obseda).

Dacă pacientul subliniază în mod nejustificat aspectele negative ("nu vreau să mă despart de soțul meu"), terapeutul trebuie să-l incite în direcția alternativă ("dar ce ai vrea să faci de fapt?").

2. Formularea obiectivului în termeni procesuali

Aceasta înseamnă că scopul final trebuie exprimat sub forma unui film şi nu ca o imagine statică, de tip diapozitiv.

("De pildă, voi reduce treptat alimentația şi voi face exerciții de gimnastică până când voi ajunge la greutatea ideală pentru vârsta şi structura mea somatică" şi nu "voi cântări 65 kg").

3. Formularea soluției psihoterapeutice în termeni actuali "aici şi acum".

Aceasta înseamnă că pacientul trebuie să înceapă să lucreze în direcția rezolvării problemei sale imediat, nu să deplaseze problema undeva în viitor.

Astfel, pacientul poate fi întrebat "când părăseşti cabinetul şi eşti deja pe cale să rezolvi problema, ce ai face în mod diferit față de ceea ce faci acum?".

Pacientul trebuie ghidat să ia deciziile acum şi nu cândva în viitor. ("O să mă las de fumat peste 6 luni!").

De pildă, pentru o persoană care doreşte să slăbească, se pune întrebarea: "Când pleci din cabinet şi eşti decisă să slăbeşti până la 65 kg, cum te vei comporta?".

Răspunsul potrivit ar trebui să fie: "Voi mânca mai puțin şi voi face mai multă mişcare!".

4. Formularea obiectivului psihoterapeutic în termeni cât mai concreți.

Arta terapeutului constă în a-i spune cât mai precis pacientului ce anume trebuie să-şi spună lui însuşi sau celor din jur.

De pildă, pacientul poate fi întrebat:

"Spune-mi mai precis cum vei proceda atunci când îți vei asculta copiii cu mai multă atenție?" sau "De unde vor afla copiii tăi că acum le acorzi atenție cu adevărat?".

5. Acţiunea întreprinsă trebuie să se afle sub controlul pacientului (trebuie iniţiată şi menţinută de acesta).

Îndeplinirea acestui obiectiv nu este uşoară pentru că adesea pacienţii se prezintă la psihoterapie pentru că doresc ca situaţiile sau alte persoane să se schimbe.

Dacă terapeutul se angajează împreună cu pacientul într-un demers de modificare a celorlalţi sau a situaţiilor externe, acest demers este fără sfârşit.

Pacienţii care vin cu astfel de solicitări trebuie convinşi că primul pas în direcţia schimbării trebuie să-l facă ei şi nu partenerii de viaţă.

De pildă, în cazul unui cuplu care nu funcţionează, soţul are pretenţia ca soţia să nu mai dorească să aibă program în afara familiei şi să stea mai mult împreună cu el (să se poarte mai afectuos), în loc să se schimbe şi s-o determine pe aceasta să dorească să fie împreună cu el.

6. Formularea obiectivului psihoterapeutic în termenii pacientului (clientului).

Terapeutul trebuie să fie sigur că soluţia şi obiectivul propus sunt realmente cele dorite de pacient şi nu cele pe care terapeutul presupune că **ar trebui** să le dorească pacientului.

Pentru a preîntâmpina astfel de situaţii este bine ca terapeutul să noteze obiectivele psihoterapeutice dorite de pacient chiar cu cuvintele acestuia.

Trebuie subliniat faptul că, în urma discuţiilor psihoterapeutice, este posibil ca obiectivele dorite de pacient să se modifice (de pildă, pacientul poate descoperi că nu este posibil să schimbe comportamentul altei persoane).

Construirea soluţiilor psihoterapeutice presupune respectarea următoarelor indicaţii:

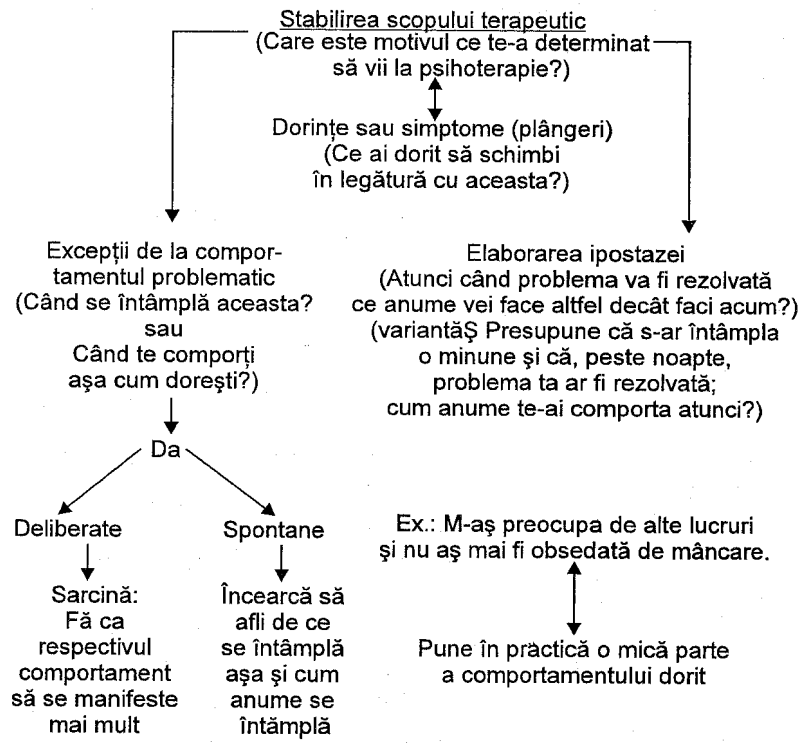
1. Concentrarea atenţiei asupra aspectelor pozitive, asupra soluţiei, asupra viitorului, facilitează demersul schimbării pacientului în direcţia dorită.

Reamintim faptul că în cursul discuţiilor psihoterapeutice accentul trebuie să cadă pe aspectele constructive (ce se poate face) şi nu pe ruminarea unor aspecte legate de problemă - comportamentul simptomatic.

2. Excepţiile, respectiv situaţiile când comportamentul simptomatic nu are loc, trebuie evidenţiate şi chiar create de către psihoterapeut şi pacient şi aceste excepţii trebuie să reprezinte un fel de "temelie" pe care se poate construi soluţia psihoterapeutică.

3. Modificări, chair şi de mică amploare, se produc permanent în cursul interacţiunii pacient - psihoterapeut.

Reamintim, de asemenea, principiul conform căruia semnificaţiile psihologice şi experienţele comportamentale sunt realităţi care se intercondiţionează reciproc.


Stabilirea scopului terapeutic
(Care este motivul ce te-a determinat să vii la psihoterapie?)
Dorinţe sau simptome (plângeri)
(Ce ai dorit să schimbi în legătură cu aceasta?)
Excepţii de la comportamentul problematic
(Când se întâmplă aceasta? sau Când te comporţi aşa cum doreşti?)
Elaborarea ipostazei
(Atunci când problema va fi rezolvată ce anume vei face altfel decât faci acum?)
(variantăŞ Presupune că s-ar întâmpla o minune şi că, peste noapte, problema ta ar fi rezolvată; cum anume te-ai comporta atunci?)
Da
Deliberate
Spontane
Sarcină: Fă ca respectivul comportament să se manifeste mai mult
Încearcă să afli de ce se întâmplă aşa şi cum anume se întâmplă
Ex.: M-aş preocupa de alte lucruri şi nu aş mai fi obsedată de mâncare.
Pune în practică o mică parte a comportamentului dorit

O modalitate eficientă de elaborare ipotetică a soluţiilor este inspirată din tehnica ericksoniană a bilei de cristal (*Erickson, 1954*), tehnică în cadrul căreia i se poate spune pacientului: "Dacă s-ar întâmpla un miracol peste noapte şi te-ai trezi a doua zi de dimineaţă

fără problema ta, sau ai fi sigur că eşti pe cale s-o rezolvi, ce anume vei face sau vei simţi altfel decât faci sau simţi acum?".

Demersul psihoterapeutic trebuie să fie îndreptat în direcţia transformării soluţiei ipotetice într-un fapt real şi aceasta se realizează în primul rând pe baza inventarierii şi chiar a producerii excepţiilor de la regulă (când comportamentul problematic nu se produce).

De pildă, un pacient bulimic afirmă că nu mai este obsedat de mâncare atunci când se ocupă de alte probleme.

În acest caz, pacientul este invitat să relateze despre acele perioade când se gândeşte mai mult la alte lucruri decât la mâncare şi apoi să crească incidenţa respectivelor situaţii.

Unul din elementele de bază ale acestui tip de psihoterapie scurtă constă în administrarea unor feed-back-uri pozitive pacientului:, acesta este încurajat în ceea ce face bine mai ales atunci când schimbările în comportament încep să se producă.

Conversaţia psihoterapeutică este suportivă şi simpatetică.

Feed-back-urile pozitive implică:

a) crearea unui climat afectiv pozitiv în timpul şedinţei de psihoterapie;

b) sublinierea aspectelor pozitive în comportamentul pacientului şi evidenţierea progreselor obţinute în cadrul psihoterapiei (pacientului i se adresează complimente şi încurajări pentru ceea ce face bine);

c) suspendarea evaluărilor critice referitoare la cele relatate de pacient;

d) susţinerea efectivă a pacientului pentru a depăşi teama de schimbare (se pot teme de consecinţele schimbării, de faptul că vor eşua în rezolvarea problemei lor etc.);

e) accentuarea aspectelor normale din viaţa pacienţilor care şi-au pierdut speranţa. Astfel, de pildă, pentru că nu au reuşit să scape de simptomele lor şi au impresia că este ceva în neregulă cu ei, terapeutul trebuie să le spună că problema lor este ceva obişnuit şi că foarte mulţi oameni suferă de simptomele respective;

f) pacientul trebuie încurajat să-şi asume responsabilitatea schimbării în sfera comportamentului şi să conştientizeze faptul că are capacitatea de a acţiona independent, cât şi suficiente resurse care să-i permită schimbarea.

În cele ce urmează, prezentăm un set de întrebări menite să-l ajute pe psihoterapeut în administrarea unor feed-back-uri pozitive pacientului (*Walter şi Peller, 1992*):

1. Ce lucru pozitiv pot să-i spun pacientului pentru a crea o atmosferă caldă şi bazată pe încredere în timpul şedinţei de psihoterapie?

2. Ce acţiuni pozitive întreprinde pacientul, acţiuni care dau unele rezultate şi care pot fi puse în evidenţă şi încurajate?

3. Există la pacient teama de a fi criticat sau judecat, teamă pe care aş putea să o înlătur?

4. Apar la pacient temeri în legătură cu posibila schimbare şi pe care le-aş putea înlătura?

5. Există ceva în context sau în ceea ce afirmă subiectul despre care aş putea afirma că se situează în limitele normalului?

6. Cum să procedez pentru a-i acorda pacientului credit pentru propria schimbare?

7. Dacă în cursul psihoterapiei sunt prezente mai multe persoane (ca de pildă, în cursul psihoterapiei de familie), cum să procedez pentru a-l încuraja pe fiecare individ în parte?

CAPITOLUL 8
ANALIZA TRANZACȚIONALĂ

Analiza tranzacțională își are originea în lucrările lui Eric Berne (1950) și poate fi considerată atât ca o tehnică psihoterapeutică și autoformativă, cât și ca o teorie explicativă asupra personalității.

Analiza tranzacțională consideră că în fiecare individ coexistă trei stări ale ego-ului, stări active și dinamice; starea de părinte, de adult și de copil.

Starea de părinte se împarte la rândul ei, în stare de părinte critic (P.C.) și părinte grijuliu (P.G.), iar starea de copil are și ea două subcomponente: stare de copil liber (C.L.) și copil adaptat (C.A.).

Fiecare individ are nevoie de recunoaștere și are planuri de viață formate în timpul copilăriei și bazate pe credințele timpurii cu privire la sine și la ceilalți. Credințele și atitudinile de viață sunt întărite în decursul timpului, în cursul interacțiunilor sociale repetitive cu ceilalți.

Reprezentarea dinamică a energiilor psihice individuale (părinte critic, părinte grijuliu, adult, copil liber și copil adaptat) poate fi exprimată grafic sub formă de egogramă (*Dusay M.J. și Dusay Katherine, 1978*).

Echilibrul energetic al egogramei va rămâne fix până când individul nu decide în mod activ cu ajutorul terapeutului, să-și modifice comportamentul.

Un terapeut specializat în analiza tranzacțională este un catalizator care facilitează schimbările și maturizarea psihică la clienții săi. Conceptele specifice analizei tranzacționale sunt următoarele:

1. Stări ale ego-ului (*Berne, 1961*)

- stare de copil numită și archeopsyche;
- stare de adult sau neopsyche;
- stare de părinte sau exteropsyche

Berne nu pune accent în cadrul analizei tranzacționale pe dinamica inconștientului, deși nu neagă existența acestuia, considerând că acest concept (dinamica inconștientului) nu este necesar pentru practicarea analizei tranzacționale.

Se constată ușor faptul că conceptul de stări ale ego-ului își are originea în teoria psihanalitică asupra personalității, pe care, dealtfel, Berne o și practicase înainte. Încercând să se delimiteze de psihanaliză, Berne arată că diferența constă în aceea că structurile descrise de psihanaliză, Id, ego și superego sunt ipotetice, în timp ce structurile descrise de analiza tranzacțională sunt direct observabile.

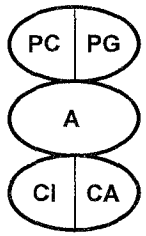
Starea de copil liber implică comportamente emoționale, intuitive, creative, nesupuse rigorilor disciplinei.

Starea de copil adaptat se caracterizează prin conformism, adaptabilitate, complezență.

Starea de adult caracterizează comportamentul realist, logic, rațional, neafectiv (ca și cum subiectul s-ar comporta ca un calculator electronic).

Starea de părinte implică introectarea și identificarea valorilor preluate de la propriii părinți; norme și reguli morale, sisteme de atitudini și credințe.

Starea de părinte grijuliu se referă la declanșarea comportamentelor nurturante, empatice, de grijă și ocrotire față de ceilalți.



Fiecare stare a ego-ului funcționează independent de celelalte.

2. Tranzacțiile psihologice

Reprezintă interacțiuni sociale bazate pe procesul de comunicare. Astfel, dacă într-o încăpere se află două persoane, de fapt interacționează șase stări ale ego-ului, care tranzacționează (comunică unele cu altele).

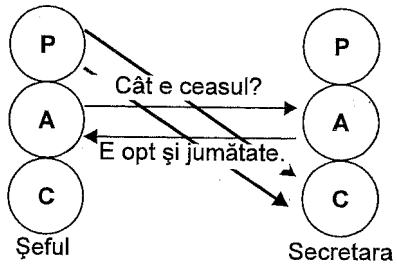
Deci, tranzacția este o unitate de comunicare interumană care implică un stimul și un răspuns între două stări ale ego-ului aparținând la două persoane diferite.

Tranzacția se poate desfășura la nivel social (deschis) unde este reprezentată prin linii continue și la nivel psihologic (latent), reprezentat prin linie discontinuă.

3. Jocurile psihologice

Specialiştii în analiză tranzacţională arată că atunci când două nivele (social şi psihologic) operează în acelaşi timp, are loc un "joc psihologic". Jocul psihologic presupune o serie ordonată de tranzacţii ulterioare (cuprinzând ambele aspecte: deschis şi latent) care are drept rezultat nişte "plăţi" care generează stări afective negative pentru ambii parteneri.

Iată un exemplu:



La nivel deschis, şeful întreabă cât este ceasul, iar secretara răspunde, comunicarea desfăşurându-se la nivelul ego-ului de adult al ambilor. La nivel psihologic, comunicarea are loc astfel:

Şeful: Tu întârzii mereu!

Secretar: Iar mă critici!

Şeful va juca jocul "te-am prins cu ocaua mică", iar secretara, jocul "dă-mă afară!".

După o serie de astfel de interacţiuni, secretara va ajunge la o reacţie depresivă deschisă, iar şeful la o reacţie agresivă deschisă.

4. Întăririle comportamentale

Motivaţia de bază pentru orice interacţiune socială este bazată pe nevoia de întărire.

Specialiştii în analiză tranzacţională arată că atunci când un comportament nu obţine întărire pozitivă, subiectul tinde să modifice jocul psihologic. Deşi întăririle pozitive sunt superioare, deoarece produc stări afective pozitive şi întăririle negative sunt de preferat lipsei de întărire. (Întăriri pozitive: aprobare, mângâiere. Întăriri negative: dezaprobare, critică, lovire etc.).

Modelele specifice de obţinere a acestor întăriri sunt învăţate şi sunt specifice fiecărei familii.

Modul în care subiectul primeşte şi acordă întăriri stă la baza modelării viitoarei personalităţi a acestuia.

5. Scenariul de viaţă

În urma interacţiunilor timpurii cu părinţii şi cu alte persoane, copilul va dezvolta ulterior un model de comportament care poate fi suportiv sau agresiv (*Berne, 1972*).

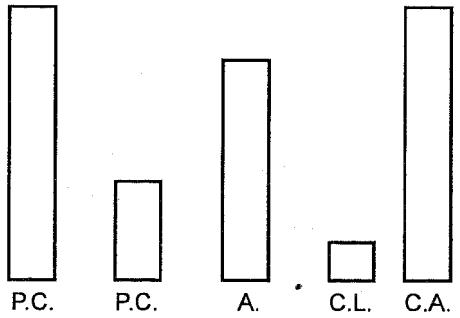
Copilul ia de timpuriu decizia dacă este o persoană bună sau rea, care merită sau nu merită să fie iubită. De asemenea, el ia şi decizii în legătură cu ceilalţi; sunt buni sau răi, merită sau nu încredere, te poţi baza sau nu pe el. (*Berne, 1964; Hartis, 1969*).

Aceste decizii vor forma ulterior scenariul de viaţă care poate fi de câştigător sau de persoană care pierde, tragic sau banal. Fiecare scenariu de viaţă implică roluri specifice: erou, salvator, răufăcător, persecutor, victimă etc. (*Kaperman, 1968*).

6. Egograma

Este reprezentarea grafică a cantităţii de energie pe care o conţine fiecare stare a ego-ului.

Iată, pentru exemplificare, egograma unei persoane depresive:



Acest individ este hipercritic, chiar cinic, conformist, se supune regulilor construite de alţii, nu este capabil de activităţi spontane, care să-i facă plăcere, e egocentric şi foarte puţin preocupat de problemele altora.

Dacă se întăreşte o anumită stare a ego-ului o altă stare a ego-ului pierde din energie.

Egograma rămâne fixă până când individul ia decizia conştientă să o modifice şi acest lucru se realizează în urma psihoterapiei.

Psihoterapeutul specializat în analiză tranzacțională ia parte la jocurile psihologice, se implică, realizează tranzacții.

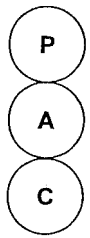
Tehnicile terapeutice au rolul de a creşte cuantumul de energie din cadrul stărilor deficitare ale ego-ului.

Aceste tehnici se adaptează în funcție de structura personalității fiecărui pacient. Astfel, de pildă, comportamentele auto-asertive şi chiar agresive, sunt recomandate celor care au un ego de părinte autoritar, insuficient dezvoltat, iar exercițiile de exprimare liberă a afectelor sunt indicate celor cu un ego de adult prea puternic.

Stările ego-ului sunt, prin urmare, structuri coerente de sentimente şi experiențe, direct legate de un model consistent de comportament.

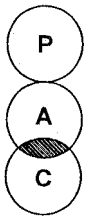
Aceste stări ale ego-ului nu depind de vârsta subiectului, cu excepția copilului foarte mic, la care starea de adult sau de părinte nu s-a structurat încă.

Specialiştii în analiză tranzacțională sunt de părere că în cazul personalității normale fiecare stare a ego-ului este distinctă.



Personalitate normală

În cazul comportamentului halucinator delirant, fanteziile şi visele copilului se amestecă în mod nejustificat cu simțul realității şi logica adultului.



Comportament
halucinator - delirant

La structurile paranoide (fixiste), ego-ul de părinte este în funcțiune, în timp ce ego-ul adult sau copil sunt excluse.

Acesta este, de pildă, tipul de predicator care caută păcatele celorlalți peste tot.

Personalitate fixistă

Personalitatea destructivă va fi reprezentată prin stările de părinte critic, adult şi copil adaptat foarte ridicate (cu foarte multă energie), în timp ce stările de părinte grijuliu şi copil liber sunt joase (slab reprezentate).

Personalitatea obezului, denumită de Berne "marea mamă" are starea de părinte grijuliu foarte ridicată, cea de copil adaptat foarte ridicată, cea de părinte critic scăzută, iar cea de copil liber foarte scăzută.

În cazul în care starea de adult are puțină energie, subiectul va avea dificultăți de concentrare a atenției şi în rezolvarea de probleme.

Când starea de copil liber are o energie redusă, subiectul este lipsit de capacități creative.

Când starea de părinte grijuliu e slab reprezentată, subiectul este singuratic, depresiv, incapabil să acorde afecțiune celorlalți.

Persoanele cu stare de părinte critic redusă se caracterizează prin penetrație socială facilă, iar cele cu stare de copil adaptat redusă, vor avea dificultăți mai ales când sunt puşi în situația de a face compromisuri.

➤ Regulile comunicării sociale (a tranzacțiilor)

1. Când săgețile sunt paralele, comunicarea poate continua în timp nelimitat.

2. Când săgețile se încrucişează, comunicarea cu privire la un anumit subiect încetează imediat.

3. Comportamentul unui subiect nu poate fi prevăzut doar analizând nivelul social al comunicării, deoarece mesajul psihologic reprezintă cheia predictibilității unui comportament şi a înțelegerii semnificației sale.

➤ **Jocurile psihologice**

Aceste jocuri se joacă între doi sau mai mulți parteneri.

Individul alege un anumit tip de joc psihologic după experiențele de comunicare pe care le-a avut în copilăria sa.

Astfel, de pildă, în cadrul jocului "dă-mă afară" individul face tot posibilul pentru a fi respins.

De exemplu, secretara se prezintă la psihoterapie pentru că a fost concediată de 20 de ori în 5 ani. Ea solicită ajutorul terapeutului (comunicare de la adult la adult), dar începe imediat să-l enerveze pe terapeut [comunicare copil (secretara) - părinte (terapeutul)].

În cazul în care terapeutul s-ar lăsa antrenat în jocul psihologic, el ar refuza pacienta la psihoterapie.

➤ **Obiectele psihoterapiei în cadrul analizei tranzacționale**

1. Echilibrarea egogramelor, care constă în transformarea energiilor de lastările puternice spre cele slabe ale ego-ului pacientului.
2. Evidențierea și întreruperea jocurilor psihologice.
3. Modificarea scenariilor de viață.

Se referă la modificarea atitudinilor și opiniilor cu privire la sine și la ceilalți

Pentru întreruperea jocurilor psihologice se utilizează frecvent tehnici de jucare de rol. (Roleplaying).

Analiza tranzacțională se poate combina eficient cu hipnoza sau cu tehnica visului dirijat în vederea obținerii regresiei de vârstă care are drept scop modificarea scenariului de viață.

Persoanele cu ego de copil liber slab exprimat sunt stimulate să participe la activități care dezvoltă exprimarea spontană și creativitatea.

CAPITOLUL 9
PSIHOTERAPIA PRIN JOC DRAMATIC

Jocul de rol ca tehnică psihoterapeutică nu este atât de bine cunoscut pe cât ar fi de dorit. De regulă se consideră în mod eronat că ar fi vorba de o tehnică exotică dificil de învățat, care obligă pe cel care o practică să aparțină unei școli anume de psihoterapie, sau că este o metodă care se poate aplica doar în cadrul psihoterapiei de grup. Rădăcinile tehnicii jocului de rol se află în psihodrama lui Moreno.

Termenul de roleplaying în psihoterapie are o semnificație educațională, în sensul că oamenii joacă în mod deliberat diverse situații imaginare în scopul de a se înțelege mai bine pe sine, de a-și dezvolta anumite abilități, de a analiza un comportament sau de a demonstra celorlalți modul de funcționare al unui comportament sau modul în care acesta ar trebui să funcționeze.

În psihoterapie, tehnica jocului dramatic are următoarele funcții (*Corsini, 1975*):

1. Psihodiagnoza în scopul unei mai profunde înțelegeri a structurii psihice a individului prin observarea modului în care acesta joacă în mod spontan o situație cu caracter aproape veridic.

2. Demonstrarea pentru o persoană sau grup a modului în care acesta sau aceștia ar trebui să joace un anumit rol.

3. Facilitarea trăirii de către un individ a unei experiențe veridice solicitându-l să se joace pe sine în diverse situații cu caracter dramatic.

Acest ultim aspect în cadrul căruia persoana se joacă pe sine poartă numele de psihodramă (termenul de psihodramă se utilizează uneori în sens mai larg pentru orice terapie prin joc de rol).

Psihoterapia este un proces de învățare care se poate desfășura în mod autonom ca în cazul autoterapiei, în cadrul unei relații diadice pacient - terapeut sau în cadrul unei situații de grup în cadrul căreia funcționează un terapeut și 6 până la 12 pacienți.

Conștientul învățării depinde de pacient. Fiecare pacient poate prezenta o multitudine de probleme interactive, simptome sau insatisfacții personale, probleme ce se pot subsuma la două categorii majore:

1. Stări subiective de disconfort cum ar fi: sentimente de inferioritate, anxietate, timiditate, sentimente de culpabilitate, tensiune psihică, depresie etc.

2. Inadaptări şi insuficienţe pe plan comportamental cum ar fi: inaptitudinea socială, tendinţa de retragere, stările de mânie, funcţionarea inadecvată în şcoală, la locul de muncă, în familie etc.

Pacientul speră ca prin intermediul psihoterapiei să înveţe să se adapteze mai bine, să se accepte ca persoană, să-şi reducă tensiunile şi conflictele interne şi să ajungă la o stare de confort psihic, seninătate şi să devină mai competent în viaţa reală.

Strategia reprezintă modul în care terapeutul îl abordează pe pacient. Ea poate fi suportivă, analitică, non-directivă, cognitivistă, comportamentală etc.

Tehnica terapeutică constă în ceea ce face terapeutul în mod concret. Astfel de tehnici pot fi: chestionarea, interpretarea, sfătuirea, tehnica naraţiei libere, tehnica rogersiană a reflecţiei, tehnica confruntării, relaxarea, hipnoza, tehnica elaborării unor produse artistice, tehnica jocului dramatic etc.

➤ Tehnica jocului dramatic

Este o tehnică ce poate fi combinată cu oricare din tehnicile de mai sus. Ea se poate utiliza atât în terapia individuală cât şi în cea de grup, indiferent de orientarea teoretică a terapeuţilor. Ea a fost utilizată de psihanalişti, de adlerieni, rogersieni, cât şi de terapeuţi de orientare eclectică. Poate fi utilizată ca o tehnică centrală, sau ca un procedeu auxiliar, într-o manieră directivă sau non-directivă, având următoarele funcţii:

1. Metodă de psihodiagnostic. Observând modul în care pacientul joacă, terapeutul poate primi informaţii cu privire la natura şi extensiunea problemei pacientului cu privire la modul în care acesta operează, gândeşte sau simte.

2. Modalitate de instruire: urmărindu-i pe ceilalţi cum joacă roluri, pacientul învaţă cum să abordeze diverse situaţii.

3. Modalitatea de antrenament: angajându-se în jocul de rol, pacientul poate obţine un insight cu privire la el însuşi şi poate învăţa să-şi controleze mai bine sentimentele şi să dezvolte noi abilităţi de a face faţă existenţei (*life skills*).

În cadrul psihoterapiei prin intermediul jocului dramatic pacientul va juca o durată limitată de timp "ca şi cum" situaţia ar fi reală.

Iată câteva exemple:

a) Joc de rol autonom, cu caracter subiectiv

Pacientul îşi spune în gând:

Acum voi intra în biroul şefului şi-i voi spune: "Domnule Ionescu, aş dori să vă spun ceva", iar el va răspunde: "Despre ce este vorba?". "Lucrez la firmă de doi ani." Atunci el va răspunde: "Şi de ce îmi spui asta?", iar eu îi voi spune: "Ştiţi de câte ori mi s-a mărit salariul în acest interval?"...

b) Joc de rol autonom cu caracter comportamental.

Să ne imaginăm că un individ se pregăteşte să ţină un discurs. În camera sa, el se ridică în picioare şi spune:

"Acum daţi-mi voie să vă prezint pe distinsul nostru oaspete dr. Mareş (El se aşează, apoi se ridică din nou în picioare, se înclină în faţa auditoriului şi spune: "Vă mulţumesc domnule preşedinte, doamnelor şi domnilor pentru călduroasa primire pe care mi-aţi făcut-o. Acum privindu-vă, îmi amintest de o istorie pe care poate mulţi dintre dvs. nu o cunoaşteţi (continuă apoi să-şi recite discursul).

c) Joc de rol psihoterapeutic cu caracter diadic.

Pacientul discută cu terapeutul:

P. *Nu pot să mă înţeleg de fel cu soţia mea. E atât de neraţională. Se ceartă tot timpul. Pur şi simplu m-am săturat de ea. Dimineaţa a început cearta de la micul dejun.*

T. *Ce s-a întâmplat?*

P. *Ea m-a întrebat când mă întorc şi pentru că i-am răspuns că nu ştiu, s-a supărat. De fapt nu avea nici un motiv.*

T. *Hai să rejucăm scena micului dejun!*

P. *Nu înţeleg ce înseamnă asta?*

T. *E simplu, Eu voi juca rolul soţiei tale. Tu vei juca propriul tău rol. Hai să repetăm exact ce s-a întâmplat. Tu vei proceda exact aşa cum ai procedat atunci, iar eu voi încerca să procedez cum a procedat ea.*

P. *Dar nici nu o cunoaşteţi pe soţia mea.*

T. *Dacă nu vei juca rolul corect, spune-mi şi voi încerca s-o imit.*

P. *O.K.!*

T. Hai să presupunem că biroul meu este masa din bucătărie. Unde stătea ea?

P. Ea stătea în faţa mea. De obicei bem cafea, mâncăm ouă şi pâine prăjită.

T. Ea pregăteşte micul dejun?

P. Da.

T. Ce s-a întâmplat atunci?

P. M-a chemat la micul dejun, m-am aşezat şi am început să citesc ziarul în timp ce mâncam.

T. Ea îţi vorbea în timp ce citeai ziarul?

P. Da.

T. Bine. Eu sunt soţia ta. Iată ziarul. Eu te chem la masă, tu iei ziarul, te aşezi şi te prefaci că mănânci în timp ce citeşti. Fă totul aşa cum ai făcut azi dimineaţă.

T. (soţia): Micul dejun e gata.

P. Stai să-mi iau ziarul. (Ia ziarul, se aşează la masă şi începe să citească în timp ce se prefăcea că mănâncă.)

T. (S): La ce oră te întorci diseară?

P. Ce?

T. (S): Te-am întrebat la ce oră te întorci diseară?

P. Te aud. Nu ştiu.

T. (S): Vreau numai să ştiu când să-ţi pregătesc masa.

P. Ţi-am spus odată că nu ştiu. Încetează să mă mai cicăleşti. Stai mereu pe capul meu.

T. Da, nu e rău. Am jucat corect rolul soţiei tale?

P. Da, foarte bine. Mă cicăleşti tot timpul.

T. Dar despre comportamentul tău ce părere ai?

P. E normal.

T. Crezi că modul în care i-ai răspuns era normal?

P. Da, posibil. Ei nu-i place când citesc la masă, dar altfel nu am timp. Poate ar trebui să nu mai fac asta. Poate ar fi mai bine dacă mi-aş citi ziarele la birou. Poate că am judecat-o prea aspru.

Acest fragment demonstrează modul în care jocul de rol poate suplimenta informaţiile obţinute cu ajutorul interviului clinic.

În urma acestui tip de dialog terapeutul cunoaşte mai bine problemele pacientului iar acesta învaţă să se cunoască mai bine pe sine însuşi.

Jocul de rol acţionează la toate trei nivelele psihologice importante:

- la nivelul cognitiv;
- la nivelul afectiv;
- la nivelul comportamental,

pentru că în timp ce joacă, subiectul gândeşte, simte şi acţionează în interacţiune cu stimulii psihosociali. Structura şi împrejurările create în situaţia jucată tind să producă răspunsuri exagerate, astfel încât individul se manifestă nervos, plictisit, supărat etc., el implicându-se total, ca în viaţa reală.

Adesea el tinde să-şi piardă autocontrolul datorită naturii dramatice a situaţiei jucate. Deci, jocul de rol:

- este o reprezentare apropiată de situaţiile de viaţă;
- îl implică pe individ total;
- prezintă observatorilor un tablou în legătură cu modul în care se comportă subiectul în situaţiile reale;
- datorită caracterului dramatic, fixează atenţia asupra problemei;
- permite individului să se perceapă pe sine în acţiune, fiind în acelaşi timp şi neutru;
- jocul de rol reprezintă o metodă naturală de a asimila diferite deprinderi de viaţă (ca învăţarea înotului în mod practic, realizând mişcări în apă).

Câteva aspecte teoretice care stau la baza tehnicii jocului de rol.

Valoarea acestei tehnici are la bază trei aspecte:

a) Simultaneitatea

Se referă la desfăşurarea în acelaşi interval de timp a mai multe evenimente. După cum am mai subliniat, individul care joacă un rol acţionează, gândeşte şi simte în acelaşi timp interacţiunea acestor planuri contribuind la realizarea unor potenţări reciproce, ceea ce face ca întregul să fie mai mult decât suma părţilor şi deci se obţine un grad înalt de implicare.

b) Spontaneitatea

Este definită ca fiind caracteristică unui comportament natural, neforţat şi creativ în situaţii noi. Subiectul începe să se întrebe ce ar fi dacă?

În cazul în care reacţia spontană s-a dovedit eficientă, subiectul a învăţat ceva prin propriile sale forţe - a învăţat să reacţioneze.

De pildă, pentru pacientul care se simte paralizat când intră în biroul şefului şi realizează ce ar fi trebuit să spună abia după ce întrevederea s-a terminat, este indicat ca scena întâlnirii cu şeful să fie jucată în cabinetul terapeutului.

Cea mai importantă achiziţie obţinută de pe urma tehnicii dramatice este posibilitatea de **generalizare** a noului comportament achiziţionat spontan.

Pacientul realizează insight-ul în legătură cu problema sa: de ce se comportă cum se comportă în compania şefului (Insight-ul înseamnă: "E ca atunci când eram cu tatăl meu! Şeful şi tata...) Odată ajuns în acest punct, terapeutul îl întreabă: "Poţi să-ţi aminteşti o situaţie când erai împreună cu tatăl tău, situaţie, care seamănă cu relaţia ta cu şeful?"

În cazul în care pacientul îşi aminteşte, se poate iniţia în câteva minute un nou joc dramatic.

Dacă jucarea rolului a fost proastă (a jucat într-un mod inadecvat), pacientul cât şi terapeutul pot cere să se repete scena.

De ce este indicată jucarea unor situaţii în condiţii artificiale?

Pentru că punerea în practică a unor noi modele de comportament în situaţii reale este prea ameninţătoare pentru pacient. De asemenea, dacă comportamentul eşuează în viaţa reală, se pot produce efecte negative asupra stării psihice a pacientului. (De pildă dacă un băiat timid cere o întâlnire unei fete şi ea îl respinge, el se va simţi atât de descurajat încât nu va mai încerca din nou).

În situaţia de joc terapeutic nu se poate întâmpla aşa ceva pentru că faptul că pacientul are curajul să pună în acţiune un comportament oricât de neadecvat, reprezintă un succes. În situaţia terapeutică, individul nu se simte jenat de performanţa sa slabă pentru el se află în cabinet din acest motiv (a venit pentru a fi ajutat).

c) Autenticitatea

Se referă la realitatea subiectivă a situaţiei dramatice (este un fapt asemănător cu antrenarea zborului cu avionul prin intermediul simulatorului).

Şedinţele de joc dramatic nu trebuie să se refere doar la o problemă specifică, specialiştii fiind de părere că tehnica are valoare dacă se pun în acţiune atâtea experienţe dramatizate cât probleme are subiectul.

Insight-ul produs în urma jocului dramatic trebuie să conducă la o restructurare în sfera personalităţii subiectului.

Corsini (1975) citează cazul unui pacient terorizat de tatăl său, la a cărui firmă lucra. Tatăl ţipa în permanenţă la el, pacientul fiind total blocat de acest comportament. La un moment dat s-a pus problema înlăturării tatălui de la conducerea firmei, deoarece acesta nu mai făcea faţă noilor cerinţe moderne de conducere.

În urma jocului dramatic realizat în cadrul grupului terapeutic, pacientul găseşte în mod spontan soluţia: ori de câte ori tatăl începe să strige, el o ia la fugă şi părăseşte încăperea. Ulterior el pune în practică acest comportament şi la firmă şi acasă. (O ia la fugă în timpul unor negocieri importante, chiar îl ameninţa pe tată că o să o ia la fugă şi dezbrăcat, din baie dacă acesta va continua să strige etc.).

După ce a practicat un timp acest model de comportament pacientul a constatat o netă ameliorare în comportamentul tatălui. În acelaşi timp el a realizat prin insight faptul că tatăl său era de fapt un om slab, care îşi masca prin strigăte propriile anxietăţi şi frici. Înţelegând acest lucru, fiul a adoptat un comportament mai cald şi mai protector faţă de tată, ceea ce l-a calmat pe acesta din urmă.

Cum se explică modificările produse în sfera personalităţii prin intermediul psihoterapiei prin jod dramatic?

Specialiştii în psihodramă consideră că personalitatea poate fi privită ca un set de expectaţii relativ stabile în legătură cu propria persoană şi cu ceilalţi. Aceste expectaţii au la bază ceea ce sociologii numesc "asumare de roluri".

Rolul reprezintă o ficţiune, în sensul că el este asumat în mod subiectiv şi este dezvoltat, nu dat odată pentru totdeauna. Cu toate acestea rolul are o anumită consistenţă care are la bază concepţia individului cu privire la el însuşi, concepţie care îl face să funcţioneze în mod armonios şi previzibil ("era evident că el va face aceasta", "Ion este un tip de om care...").

Există o interrelaţie dinamică între modul în care un subiect se comportă şi concepţia despre sine a subiectului. Astfel, dacă concepţia despre sine se modifică, se modifică şi comportamentul. Dar ce anume se va întâmpla cu concepţia despre sine în cazul în care se schimbă comportamentul? Comportamentul care nu corespunde cu modul de a

fi, cu ceea ce crede despre sine persoana, va fi explicat, încorporat, devenind un nou element al concepției față de sine, care la rândul său va afecta comportamentul (vezi teoria disonanței cognitive a lui Festinger).

Aceste aspecte teoretice sunt ilustrate de Corsini (1975) prin prezentarea următorului caz:

Se realiza un experiment psihodramatic la o școală de reeducare, pacienții fiind băieți cu tulburări de comportament.

George, un băiat pirpiriu, se plânge de faptul că este permanent bătut de ceilalți băieți.

Terapeutul propune jucarea următoarei scene de grup: George este regele Kong, invincibilul. El are voie timp de 10 minute să facă tot ce dorește fără ca cineva să-l oprească.

George intră în rol atât de autentic încât începe să împartă pumni în stânga și în dreapta, manifestând o adevărată criză de isterie.

A doua zi terapeutul îl vede pe George plin de vânătăi dar fericit. Copilul a spus că s-a bătut cu băieții și faptul că a avut curajul să se bată i-a dat satisfacție.

În următoarele săptămâni George a încetat să se mai bată, el făcând următoarea afirmație: "Când ai impresia că ești slab, toți se reped la tine. Acum când ei au aflat că voi riposta, mă lasă în pace."

După acest episod educatorii, părinții și colegii au observat schimbări pozitive în comportamentul băiatului, acest devenind mai cooperant și cu o purtare mai bună.

Înainte George juca rolul unui băiat slab și speriat, care se strecura cu capul plecat și ochii plini de spaimă, comportamentul său reprezentând un stimul provocativ pentru ceilalți. Reacțiile celorlalți băieți întăreau imaginea și concepția despre sine a lui George.

Prin asumarea în cadrul grupului terapeutic a unui rol total opus concepției despre sine, această concepție a fost atât de zdruncinată încât a apărut insight-ul; "nu trebuie să-mi fie frică de ceilalți".

Ideea care se desprinde din acest exemplu este una de esență structuralistă și anume că prin modificarea unui element, putem modifica întreaga structură. Dacă pacientul ia contact cu un mic fragment de adevăr sau de succes și acest element este încorporat în cadrul sistemului imaginii de sine, atunci schimbarea este posibilă.

După cum se poate observa, specialiștii în terapia "role playing" afirmă faptul că această tehnică produce schimbări rapide și spectaculoase datorită funcționării holiste a individului într-o situație asemănătoare cu cea reală, situație care-i permite individului să-și pună în acțiune spontaneitatea.

Și experiențele din viața reală pot produce schimbări bruște în sfera personalității (de pildă, un copil care află că a fost adoptat, un soldat care comite o faptă eroică etc.).

O altă caracteristică a terapiei prin joc dramatic constă în aceea că pacientul realizează **insight**-ul după ce modelul superior de comportament a fost pus în acțiune. Inițial situația problematică e interpretată, stăpânită și abia apoi pacientul începe să înțeleagă dinamica și implicațiile respectivei situații.

Terapia prin joc dramatic nu reprezintă o simplă învățare condiționată prin care subiectul învață un nou tip de comportament fără să-l înțeleagă. Aici schimbările pe plan comportamental sunt urmate de schimbări emoționale și intelectuale.

Psihoterapia prin joc dramatic utilizează demersul inductiv, care pornește de la experiență spre generalizarea teoretică. Aceasta înseamnă că deși terapeutul știe care este problema, el îi oferă pacientului șansa de a descoperi singur ceea ce nu merge prin intermediul jocului dramatic. Demersul terapeutic în acest caz are un caracter pragmatic, mai puțin centrat pe teorie. Se lucrează asupra unor situații specifice iar concluziile se trag ulterior.

Efectele terapiei prin joc dramatic sunt:

a) centrale: noi idei, noi nivele de înțelegere, insight-uri cu privire la sine și la ceilalți, mai mult curaj, o mai bună acceptare a propriei persoane, reducerea anxietății etc.;

b) periferice: noi deprinderi, noi modele de comportament, noi modalități de abordare a altora etc.

Comportamentul periferic reprezintă manifestarea deschisă a concepției despre sine și despre ceilalți.

➤ Procesul terapeutic bazat pe joc dramatic

Se utilizează o cameră confortabilă în care pacienții să se simtă în siguranță, fără lumină sau zgomot prea puternic și unde ședința de psihoterapie să nu poată fi întreruptă.

Dacă se realizează terapie de grup este bine ca subiecții să fie așezați în cerc sau în semicerc, apropiați unii de alții.

Se recomandă înregistrarea pe videorecorder a ședințelor de psihoterapie. Aceste ședințe sunt vizionate apoi de pacient împreună cu terapeutul astfel încât acesta să devină conștient de modul în care s-a comportat.

Terapeutul-conducătorul jocului dramatic.

Specialiștii sunt de părere că terapia prin joc dramatic este foarte solicitantă pentru terapeut, care este mereu provocat de situațiile care apar pe parcurs.

Calitățile pe care trebuie să le aibă terapeutul sunt:

a) Creativitatea

Terapeutul trebuie să decidă dacă problema lui X poate fi bine jucată. O dată ce a decis acest lucru el are o altă sarcină care implică creativitate: care este problema? (cum poate ea fi formulată), cine va juca? Cum se poate structura situația problematică? Care formă este preferabilă?

Conducătorul terapiei nu trebuie să se bazeze doar pe creativitatea sa proprie ci trebuie să fie capabil să includă în jocul dramatic și ideile altora. El trebuie să sublinieze anumite aspecte, să le subordoneze pe altele și să reușească să inducă efectul de scenă și ceea ce este poate cel mai dificil este că toate acestea trebuie realizate rapid.

În același timp el trebuie să rețină elementele importante de pe parcursul jocului dramatic (nevoile eroului piesei, ale celorlalți membri ai grupului).

b) Non-conventionalism; spirit de aventură

Terapeuții de acest tip s-au dovedit a fi mai non-convenționali, mai deschiși spre noi abordări și idei, comparativ cu terapeuții de alte orientări.

În același timp ei trebuie să dea dovadă de curaj încercând diverse demersuri, să fie hotărâți, să nu ezite în aplicarea unui procedeu și să fie capabili să-și asume riscurile experimentului. De pildă, ei trebuie să se decidă rapid dacă e bine sau nu să supună pacientul unui stres puternic și în ce măsură vor putea stăpâni anxietatea care se degajă.

Spiritul de aventură nu trebuie înțeles ca o lipsă de prudență și responsabilitate.

Conducătorul terapiei trebuie să dovedească discernământ, înțelegerea problemelor altora și capacitatea de a prevedea consecințele diverselor situații.

Un terapeut fricos sau unul care nu are încredere în capacitatea altora de a face față stresului nu va fi capabil să conducă o psihoterapie prin joc dramatic.

c) "Leadership".

Psihoterapeutul trebuie să aibă o prezență scenică agreabilă, calități de conducător și de persoană care reușește să vândă un produs. Cu alte cuvinte, el trebuie să fie o persoană care trebuie să domine și să conducă situația.

Pentru a realiza acest lucru el trebuie să fie puternic, dar plin de tact, dar și maleabil în același timp, manevrând gradul de control și dominare în funcție de situație.

El trebuie să permită pacienților să-și manifeste creativitatea fără a scăpa din mână situația și a produce haosul. Deci, el trebuie să reprezinte o autoritate, nu un tiran.

În cadrul psihodramei se definesc două tipuri de roluri: eroul sau protagonistul și ego-ul auxiliar.

Eroul este persoana asupra căreia este îndreptată atenția în cadrul psihoterapiei. El este cel care prezintă problema simptom și care dorește să se amelioreze.

Persoana care joacă **împotriva** lui, fie că este terapeutul, o soră medicală sau un alt pacient, reprezintă asistentul. Cel care joacă rolul asistentului, dacă este pacient, poate beneficia, la rândul său, de ajutor mai ales datorită următorilor factori:

a) Altruismul

Un pacient aflat în terapie este copleșit de propriile sale probleme, percepțiile sale sunt îngustate și el devine egocentric.

Dar atunci când un pacient aflat în grupul terapeutic îl ajută pe altul să-și clarifice problemele, el este confruntat cu o problemă care nu mai este a lui și a fi implicat în problemele altora are un efect benefic asupra sa.

De regulă, terapeutul îl întreabă pe asistent cum s-a simțit în rol și cum l-a perceput pe pacient. Acest lucru îl situează din nou într-un rol prin care oferă ajutor - respectiv el devine aproape terapeut.

b) Empatia

Un alt motiv datorită căruia asistentul beneficiază de pe urma psihoterapiei este dezvoltarea capacității sale empatice: el începe să înțeleagă problemele persoanei pe care o joacă, precum și pe cele ale persoanei împotriva căreia joacă.

Persoanele egoiste și narcisiste au dificultăți de a juca rolurile altora. Prin asumarea unor roluri inedite ei își dezvoltă abilitățile sociale și empatia.

De pildă, un tânăr delincvent pus să joace rolul mamei unui delincvent, începe să înțeleagă sentimentele mamelor în general și ale mamei sale în mod special.

c) Auto-iluminarea

Un pacient care se confrunta cu o altă persoană în cadrul jocului dramatic se poate confrunta adesea cu sine însăși. Această confruntare poate fi uneori dramatică: "De ce se poartă el exact așa cum mă port eu?". .

Constatarea că o altă persoană este la fel ca el însuși poate constitui o revelație. O altă fațetă a aceleiași probleme se referă la faptul că cineva poate constata că și atunci când joacă rolul altei persoane el poate da dovadă de insuficientă flexibilitate, în sensul că nu se poate implica total în rol: "nu pot gândi ca el", "mai mult sau mai puțin îmi exprim propriul punct de vedere".

Schimbările de rol dintre pacient și asistent îl ajută pe terapeut în activitate pentru că îi face pe pacienți să rămână alerți și interesați. În același timp, situația se democratizează, dându-se participanților posibilitatea să joace o varietate de roluri și punându-i alternativ în postura de a oferi ajutor.

În cazul terapiei individuale terapeutul își asumă rolul asistentului, situație în care el poate interacționa cu pacientul într-un mod mai încărcat de sensuri, impactul pacient - terapeut fiind și mai puternic.

➤ **Tehnicile psihoterapiei prin joc dramatic.**

1. Jocul de rol direct (psihodrama.)

Se caracterizează prin aceea că persoana se joacă pe sine (își joacă propriul rol) față de o altă persoană care joacă un alt rol.

Există două variante:

A (A) x B (B) - A și B se joacă pe ei înșiși, ca în cazul unui cuplu marital care joacă o scenă de viață.

A (A) x C (B) - C este asistentul care joacă rolul lui B.

În unele situații joacă mai mulți parteneri. Astfel, dacă soțul (A) și soția (B) se joacă pe ei înșiși, copiii sunt simbolizați prin C, D, E astfel încât structura poate fi următoarea:

A (A) x B (B) x F (C) x G (D) x H (E)

De regulă, mai mult de jumătate din terapii îmbracă această formă. Chiar dacă ulterior se utilizează și alte forme, prima ședință este de tip direct.

2. Inversarea rolurilor

Modelul A (A) x C (B) devine acum A (B) x C (A). A, eroul dramei îl joacă pe B, cel care i se opune în viața reală, în timp ce C, asistentul terapeut îl joacă pe el (A). În felul acesta A trăiește situația adversarului său și se poate observa pe sine mai bine jucat de C.

Jocul inversat are două variante: în primul caz situația A (A) x C (B) devine A (B) x C (A), iar în al doilea caz acțiunea este întreruptă la un moment dat și cei doi schimbă din nou rolurile. Aceste inversări se pot face de mai multe ori în cursul unei ședințe.

Acest model produce rapid și eficient conștientizarea unor aspecte sociale (individul se vede pe sine cu ochii altora și învață să se pună în situația altuia).

3. Modelul alter ego-ului

Acest procedeu este subtil și presupune prezența unui asistent cu experiență și sensibilitate.

A (A) x C (B) este situația inițială, după care altcineva intră în scenă - D, care devine alter - ego-ul lui B - B'. D vorbește exprimând ceea ce crede că ar reprezenta gândurile ascunse ale lui B.

Acest model este ilustrat de dialogul jucat între dna Allen (A) - o pacientă care are probleme cu fiul ei și dl Brown - directorul școlii, jucat de C.

***A (A)**: Domnule Brown, nu-mi puteți da nici măcar o speranță?*

***C (B)**: Îmi pare rău, dar nu cred, dnă Allen. Faceți tot ce este cu putință. Acum este problema dumneavoastră.*

***Terapeutul**: Bine. D, te rog să joci alter - ego-ul lui B şi să exprimi ce crezi că simte el. D se aşează în spatele lui B şi în afara razei privirii lui A. A aude ce spune D (B'), dar el dialoghează doar cu C (B).*

***A (A)**: Nu înţeleg de ce nu puteţi întreprinde nimic. Eu am nevoie de ajutor.*

***C (B)**: Doamnă, mi-am expus clar punctul de vedere. Nu este problema noastră.*

***D (B')**: Femeia asta mă scoate din minţi.*

***A (A)**: Dle Brown, m-am gândit în toate felurile şi cred că dacă i-aţi mai da lui James încă o şansă...*

***D (B')**: Iar începe! Femeia asta este imposibilă. Cum să fac s-o scot afară din birou?*

***C (B)**: Îmi pare rău, nu se poate. James trebuie să părăsească şcoala.*

***D (B')**: Te rog ieşi afară! Chiar vrei să te arunc pe fereastră?*

***A (A)**: Sunt foarte dezamăgită de dumneavoastră. James este de fapt un băiat bun. O să vorbesc cu el.*

***C (B)**: Aşa cum v-am spus, este imposibil.*

***D (B')**: Nu înţelegi că e IMPOSIBIL!*

Tehnica alter ego-ului îi produce eroului insight-ul cu privire la ceea ce pot ceilalţi să gândească despre el.

După respectiva scenă, terapeutul provoacă următorul dialog:

***T**: Dnă, Allen cum ai recepţionat cele spuse aici?*

***A**: Sunt sigură că dl Brown nu a simţit faţă de mine cele spuse de D.*

***T**: Bine. Hai atunci să-l întrebăm pe C, care l-a jucat pe domnul Brown. A exprimat bine D sentimentele tale adevărate?*

***C**: Cu siguranţă. Eram furios pe dna Allen. Era atât de pisăloagă şi insistentă, încât abia m-am putut stăpâni.*

***A**: Crezi că am fost prea agresivă?*

***C**: Nu mi-a fost deloc milă de dumneata. Mi-a fost milă de James că are o astfel de mamă.*

***A**: O!*

***T**: Ce vrei să spui cu asta?*

***C**: Eşti posesivă, cicălitoare, o femeie nevrotică, un fel de caricatură a unei mame hiperprotectoare.*

***A**: Nu e adevărat. Relaţia mea cu James este foarte bună.*

***T**: Ce fel de băiat e James?*

Apoi terapeutul poate iniţia o nouă scenă în care D devine alter ego-ul fiului - James - D (J').

***A (A)**: James, trebuie să te îndrepţi. După tot ce am făcut pentru tine, asta mi-e răsplata? Ce se va întâmpla cu tine acum?*

***B (J)**: Mamă, eu fac tot ce pot. Ei nu-mi oferă nici o şansă. Mă dau pur şi simplu afară.*

***D (J')**: De fapt, mamă, îmi place să provoc scandal pentru că ştiu că asta te supără.*

***A (A)**: Ştii că purtarea ta mă supără!*

***D (J')**: De fapt asta şi vreau.*

***B (J)**: Voi încerca să mă port mai bine dacă mai am o şansă*

***D (J')**: Pe naiba, n-o s-o fac!*

Se poate observa de ce modelul alter ego-ului este subtil. D care îl joacă pe J' poate să nu exprime cu adevărat sentimentele lui J. Dar şi în cazul în care persoana care joacă rolul alter ego-ului se află pe o pistă complet greşită, aceasta nu invalidează însemnătatea scenei pentru că oricum se produce un efect asupra mamei.

Acest lucru rezultă din dialogul terapeutic de mai jos:

***A**: Chiar crezi că fiul meu simte asta pentru mine?*

***D**: Ei bine, nu ştiu. Dar eşti o mamă agresivă şi hiperprotectoare şi este posibil ca James să nu aibă curajul să-ţi spună ce simte cu adevărat.*

***B**: Şi eu am simţit ceva asemănător. Ai o asemenea tendinţă de dominare. Mi-l pot imagina pe fiul tău încercând să-ţi ţină piept. E posibil să dorească să scape.*

***T**: Dnă Allen, noi facem speculaţii pe seama sentimentelor fiului dumitale faţă de dumneata. Este posibil ca el să dorească să ţi se opună fără să-şi dea seama de asta. La suprafaţă el poate fi iubitor şi recunoscător, dar poate nutri resentimente de natură inconştientă.*

***A**: Oamenii sunt complicaţi. Se pare că voi toţi sunteţi de acord că eu sunt o persoană puternică.*

***T, D, B**: Da.*

***A**: Posibil. Şi soţul meu spune asta. Poate ar fi bine să-l las pe James să-şi rezolve singur problemele. Poate încercăm să facem acest lucru aici, prin joc dramatic.*

T: Vom încerca tehnica oglinzii. Întâi îți vom arăta cum te comporți, apoi vom încerca să jucăm scena într-un mod diferit. B, vrei să-l joci din nou pe James și D, vrei s-o joci pe dna Allen așa cum o vezi dumneata?

4. Modelul (tehnica) oglinzii

Este vorba de aceeași scenă jucată de D (A) x B (J) - A

Această formulă înseamnă că dna Allen privește în timp ce D îi joacă rolul, iar B joacă rolul fiului. C va deveni alter ego-ul dnei Allen (A'), care va încerca să-i exprime sentimentele în timp ce ea privește cum D îi joacă rolul.

***D (A)**: James, trebuie să stăm de vorbă.*

***B (J)**: Despre ce, mamă?*

***D (A)**: Despre comportarea ta la școală.*

***B (J)**: Iar începi?*

***D (A)**: Da, iar încep. M-am gândit să-mi schimb atitudinea și comportamentul față de tine. Ai 15 ani și trebuie să înveți să-ți rezolvi problemele singur.*

***C (A')**: O, niciodată nu o să-i pot vorbi lui James așa!*

***B (J)**: Ce înseamnă asta, mamă? Știi bine că toți au picat pe capul meu!*

***D (A)**: Prostii! Dacă au făcut-o înseamnă că aveau un motiv. Cred că vina este a ta.*

***C (A')**: James vinovat? Cum pot să gândesc așa?*

***B (J)**: Nu mă mai iubești, mamă? Nu înțeleg cum poți să vorbești așa?*

***C (A')**: Sigur că nu înțelegi. Ești obișnuit să te protejez tot timpul.*

***D (A)**: E timpul să te maturizezi, băiete și să te lupți singur cu viața.*

***B (J)**: Dar am crescut. Tot timpul mi-ai spus că a fost vina celorlalți.*

***D (A)**: Nu-mi pasă a cui vină este. E timpul să stai pe propriile tale picioare și să-ți rezolvi problemele. Nu mă voi duce să vorbesc cu directorul. Îi voi scrie să procedeze cum crede de cuviință. Dacă vrei să mai rămâi în școală trebuie să vorbești tu cu el și să-ți clarifici situația.*

***B (J)**: Dar dacă mă dă totuși afară?*

***D (A)**: O să-mi pară rău pentru tine și voi face tot ce pot, dar dacă îți ceri iertare cred că este mult mai bine decât dacă intervin eu.*

***C (A')**: Pare să fie bine, dar nu cred că pot vorbi cu băiețelul meu pe tonul ăsta?*

În felul acesta dna Allen vede pe altcineva care îi joacă rolul și abordează problema altfel. În același timp ea vede și modul în care sunt exprimate gândurile ei interioare. Astfel, ea este supusă unei presiuni de a se schimba.

După jucarea scenei timp de 5 minute, urmează o jumătate de oră de comentarii și discuții.

5. Tehnica dedublării

Dna Allen este invitată pe scenă unde va exprima cu voce tare gândurile ei cu privire la problemă. B devine alter ego-ul ei.

Într-o astfel de situație cei doi stau spate în spate.

***B (A')**: Mă simt atât de dezorientată.*

***A (A)**: Da, chiar așa sunt.*

***B (A')**: S-au întâmplat atâtea. Oare chiar am greșit atât de mult?*

***A (A)**: Nu sunt chiar atât de sigură.*

***B (A')**: Sunt o mamă bună. Toți mi-au spus asta.*

***A (A)**: Da, toți mi-o spun.*

***B (A')**: Dar aici, în timpul jocului de scenă, ei mă critică. De ce oare?*

***A (A)**: Cred că îmi vor binele.*

***B (A')**: Dar ce știu ei de fapt? Nici nu-l cunosc pe James. Toată comedia asta...*

***A (A)**: Am făcut tot ce am putut, dar James este un copil dificil.*

***B (A')**: Oare ce ar trebui să fac?*

***A (A)**: Sunt necăjită. M-am străduit atât de mult să fiu o mamă bună.*

***B (A')**: Și nici nu sunt convinsă de faptul că nu sunt o mamă bună. Am încercat tot ce am putut. Probabil că am făcut și greșeli.*

***A (A)**: Toți putem greși.*

***B (A')**: Deci e posibil să fi greșit. Oricine poate greși.*

A (A): Pot să mă schimb dacă vreau. Aş putea să-i spun lui James: "Şcoala e problema ta": iată ce ar trebui să-i spun.

B (A'): Problema ta, James. Tu trebuie să ţi-o rezolvi.

A (A): Trebuie să-ţi rezolvi singur problemele, nu să alergi la mine de fiecare dată. Eşti destul de mare acum. Nu mai aştepta mereu ajutor de la mine.

B (A'): Dar ce va face James? Cum mă va privi? Nu va crede cumva că-l resping? Dar, mamă, va spune el...

A (A): Dar, mama - va spune el - nu mă mai iubeşte?

B (A'): Mi se va rupe inima.

A (A) : Mă voi simţi atât de rău. Vreau ca el să fie...

B (A'): Un bebeluş!

A (A): Da, bebeluşul meu. Nu vreau să-mi pierd bebeluşul.

6. Jocul de rol structurat

În general se recurge la tehnica jocului de rol când apare o problemă despre care terapeutul consideră că nu poate fi rezolvată prin metode mai convenţionale cum ar fi: interviul clinic, interpretările sau tehnici de tip narativ (cum ar fi cea a asociaţiilor libere).

În unele cazuri, atunci când iniţiază jocul dramatic, terapeutul nu ştie nici el ce se va întâmpla. Jocul dramatic îi poate furniza noi informaţii despre pacient, acesta din urmă apărând în cu totul altă lumină.

Se pune însă uneori problema structurării prealabile a unei scene şi terapeutul decide în ce măsură o scenă trebuie să fie pregătită dinainte.

Dacă pacientul a mai practicat terapia prin joc dramatic, este suficient ca terapeutul să spună: "Hai să jucăm problema asta. Eu voi juca rolul partenerului tău, iar tu vei fi tu însuţi...".

În alte cazuri trebuie să se obţină de la pacient cât mai multe informaţii prin intermediul interviului clinic.

Pe baza acestor informaţii se structurează situaţia, astfel încât diverşii protagonişti află ce tipuri de persoane vor juca şi înţeleg punctele lor de vedere.

Iată un exemplu de astfel de interviu prin care se extrag informaţii în vederea structurării scenei care va fi jucată:

T: Ar merita să jucăm situaţia ta. Ai vorbit mult despre familia ta, despre care spui că te persecută. Ar merita să-i cunoaştem pe toţi. Cum e soţul tău?

A: Vreţi să spuneţi cu cine seamănă de obicei, din grup?

T: Nu. Descrie-l. Cum arată.

A: E gras şi are barbă. Barba lui mă scoate din minţi.

T: Ce fel de persoană este?

A: E un om care se poartă ca şi cum n-ar fi greşit niciodată în viaţă. Nu poate înţelege punctul de vedere al altora. Doar el este perfect.

T: Altceva?

A: Tot ce spune sora lui e bine, iar tot ce spun eu este rău.

T: Da mama ta?

A: E un nimic. Totdeauna este de partea celui mai puternic şi aceea nu sunt eu!

T: Dar fratele tău?

A: Un alt nimic. Este la fel ca mama. Nu are propriile sale opinii. Este subalternul soţului meu şi nu are curajul să aibă vreo opinie.

T: Dar cumnata ta?

A: Este exact ca soţul meu. Parcă nu ar fi făcut vreodată vreo greşeală. Parcă nici nu merge la baie. Toţi sunt împotriva mea!

T: Dar tu cum eşti?

A: Încerc să fiu eu însămi şi să-mi apăr punctul de vedere.

Pe baza acestor informaţii se structurează jocul dramatic. În urma analizei secvenţei jucate rezultă exact contrariul şi anume că pacienta este agresivă, încăpăţânată şi dominatoare, fiind un fel de mic tiran în familia ei.

CAPITOLUL 10
ABORDAREA STRATEGICĂ ÎN PSIHOTERAPIA DE FAMILIE

Psihoterapia are mai puține șanse de succes dacă pacientul este scos din contextul său social și este abordat izolat, separat de interacțiunile cu cei cu care conviețuiește.

Tot mai mulți terapeuți sunt de părere că interacțiunile sociale și nu individul reprezintă problema de care trebuie să se ocupe terapeutul.

Datorită acestor observații s-a dezvoltat psihoterapia de familie, care - ca și psihoterapia individuală - are la bază numeroase orientări teoretice: psihodinamică, experiențială, comportamentală sau bazată pe teoria comunicării, această din urmă orientare incluzând psihoterapia structuralistă și strategică.

Orientarea strategică în psihoterapia de familie își are originile în psihoterapia strategică a lui Milton Erickson (*cit. Haley, 1967 și 1973*).

Trăsăturile caracteristice ale acestei orientări sunt următoarele (*Madanes, 1981*):

1. Responsabilitatea de a pune la punct o strategie pentru rezolvarea problemei clientului revine în exclusivitate terapeutului.

Acesta este cel care stabilește scopurile și obiectivele psihoterapiei în vederea soluționării problemei clientului.

2. Accentul nu este pus pe o anumită metodă psihoterapeutică care să se aplice în toate situațiile, ci pe elaborarea unei strategii de rezolvare a unei situații specifice.

3. Deoarece terapia este centrată pe aspectele psihosociale ale problemelor umane, sarcina psihoterapeutului este să stabilească un plan de intervenție în situația socială a clientului.

4. Obiectivul psihoterapiei de familie strategice este să ajute pe individ să depășească o situație de criză specifică diverselor etape ale vieții de familie: perioada de logodnă, căsătoria timpurie, nașterea și îngrijirea copiilor, căsătoria târzie, separarea copiilor de părinți, pensionarea și problemele vârstei înaintate.

5. Conform acestei orientări psihoterapeutice problema este definită ca o secvență a unei relații interpersonale ce se desfășoară între mai multe persoane (*Haley, 1976*).

Simptomele cum ar fi depresia, fobiile, sunt gândite în termenii unor contracte între doi sau mai mulți parteneri și au un rol adaptativ pentru a menține relația respectivă.

6. Terapeuții specializați în acest tip de psihoterapie fac distincția dintre identificarea problemei și stabilirea problemei prin intermediul demersului psihodiagnostic sau prin acordarea unei etichete individului sau familiei.

În cadrul orientării strategice nu se pune accent pe diagnosticul psihiatric sau psihologic, sarcina terapeutului constând în a defini problema clientului în astfel de termeni încât aceasta să poată fi rezolvată. Psihoterapeutul trebuie să includă în cadrul planului său strategic și asistentul social, dirigintele sau autoritatea legală.

7. Abordarea strategică în psihoterapie consideră problema simptom care apare la un adult sau la un copil ca un mod de comunicare interpersonală.

Astfel, de pildă, atunci când un cuplu devine instabil, având tendința să se destrame, este posibil ca copilul să dezvolte un simptom care îl menține pe tată activ, având grijă de copil, ceea ce îl împiedică pe tată să se manifeste depresiv și incompetent.

Simptomul nu face decât să exprime în mod metaforic o problemă și să sugereze soluția care însă este una nesatisfăcătoare, cu caracter dezadaptativ.

Obiectivul psihoterapiei constă în modificarea conținutului comunicării de tip metaforic, în prevenirea repetării secvențelor patologice de comunicare și în oferirea unor soluții alternative mai sănătoase.

Un exemplu tipic de interacțiune simbolică de tip dezadaptativ este acela în care copilul dezvoltă un comportament simptomatic atunci când părinții sunt pe cale să divorțeze, iar aceștia sunt siliți, datorită problemei copilului, să rămână împreună. Când copilul începe să se comporte mai normal, părinții au din nou tendința de a se despărți. În acest caz, sarcina psihoterapeutului este să modifice secvența patologică de comportament astfel încât ameliorarea copilului să nu mai depindă de faptul dacă părinții rămân împreună sau nu.

8. Demersul psihoterapeutic se desfăşoară în trepte sau etape, iar fiecare problemă este definită ca implicând două sau mai multe persoane (de regulă 3 persoane).

Într-o etapă inițială psihoterapeutul stabileşte cine anume este implicat în problema actuală şi în ce mod. Apoi terapeutul va găsi o soluție de intervenție care va conduce la modificarea interacțiunilor din cadrul familiei astfel încât problema să nu mai fie necesară. De regulă, schimbarea este planificată în etape, astfel încât modificarea unei situații sau unui tip de interrelații va conduce la o altă modificare a altor interacțiuni şi aşa mai departe, până când întreaga situație se modifică.

Adesea terapeutul încearcă la început să genereze o nouă problemă pe care s-o rezolve în aşa fel încât această rezolvare să conducă la rezolvarea problemei inițiale pentru care s-a prezentat familia la psihoterapie.

9. Terapeutul trebuie să fie atent la sistemul de relații ierarhice stabilit în cadrul familiei. Astfel, de pildă, părinții sunt cei care trebuie să aibă grijă de copii, iar alianțele dintre un părinte şi un copil împotriva celuilalt părinte trebuie blocate.

În acelaşi timp, psihoterapeutul trebuie să evite la rândul său să formeze coaliții cu membrii familiei care se află în partea de jos a ierarhiei sistemului familial împotriva celor care se află în partea de sus a ierarhiei.

Haley (1976) se referă la sisteme patologice în cadrul cărora acționează ierarhii disfuncționale, el subliniind faptul că demersul psihoterapeutic trebuie îndreptat inițial în direcția realizării unei noi ierarhii, tot cu caracter patologic, înainte de a reorganiza familia conform unei structuri ierarhice mai sănătoase.

Pentru a exemplifica acest demers, Haley (1976) dă următorul exemplu:

O mamă poate avea în familie o poziție prea centrală în raport cu copiii, ea acționând ca şi cum ar fi axul unei roți. Într-un astfel de caz este indicat să se creeze un nou model de interacțiune în care copilul cel mai mare o degrevează pe mamă de responsabilități. Acest tip de interacțiune în cadrul căreia copilul cel mai mare îşi asumă rolul de adult, având grijă de copiii mai mici este, de asemenea, anormal, dar

de la acest mod de interacțiune se poate trece la unul mai adaptativ, ca de pildă tipul de interacțiune în cadrul căruia toți copiii pot participa la viața de familie având diferite responsabilități.

În cazul în care interacțiunea psihopatologică are în centrul ei bunica, aliată cu copilul împotriva mamei, într-o primă etapă este bine să se confere întreaga responsabilitate a vieții de familie bunicii, trecându-se apoi la alt tip de interacțiune anormală în cadrul căreia doar mama are responsabilitate deplină în familie, bunica neavând dreptul să intervină în educația copilului în nici un fel. De la această interacțiune, de asemenea, patologică, se poate merge mai departe la construirea unei ierarhii normale în cadrul familiei.

Dacă familia se caracterizează printr-o interrelație excesiv de strânsă dintre mamă şi copil, tatăl fiind exclus, o primă etapă a psihoterapiei constă în a acorda tatălui deplina responsabilitate asupra copilului, mama fiind exclusă. De la acest stadiu anormal, se poate trece la unul normal.

Intervenția psihoterapeutică îmbracă forma unor directive pe care terapeutul le dă membrilor familiei cu privire la ce anume ar trebui ei să facă atât în timpul şedinței de psihoterapie, cât şi în afara ei.

Aceste directive sunt menite să modifice modul în care membrii familiei interacționează unii cu alții, cât şi cu psihoterapeutul, de asemenea, să faciliteze obținerea unor informații rezultate din modul în care membrii familiei răspund la instrucțiuni.

Este evident faptul că acest tip de psihoterapie are un caracter directiv, intervenția psihoterapeutică având un caracter deliberat planificat.

10. Demersul psihoterapeutic este orientat spre rezolvarea problemelor prezente şi nu înspre trecut, terapeutul încurajând comunicările actuale. Familia trece prin noi experiențe dacă indicațiile date de psihoterapeut urmează experiențe care nu reprezintă un scop în sine, după cum nici a lucra asupra unor probleme sau a conştientiza modul în care se desfăşoară procesul de comunicare nu reprezintă scopul psihoterapiei.

Reprezentanții acestei orientări psihoterapeutice sunt de părere că şi în cazul în care familia iese din impas fără să ştie cum şi de ce obiectivul psihoterapiei a fost atins (*Montalvo, 1976*).

11. Directivele date de psihoterapeut pot fi directe sau paradoxale,

simple - implicând una sau două persoane, sau complexe - angajând întreaga familie.

Instrucțiunile directe au drept scop modificarea interacțiunilor din cadrul sistemului familial, respectiv implicarea în activitate a membrilor dezangajați ai familiei, stabilirea unor acorduri şi sentimente mai bune, încurajarea interacțiunilor pozitive, a circulației informațiilor, cât şi sprijinirea familiei să adopte un mod mai eficient de stabilire a regulilor, a comunicării între generații, cât şi a unor scopuri individuale şi a strategiilor de atingere a acestor scopuri.

Primul pas în stabilirea unei instrucțiuni de urmat îl reprezintă motivarea familiei să urmeze respectiva instrucțiune. Modalitatea prin care terapeutul se decide să motiveze familia depinde de natura sarcinii trasate, tipul de familie cât şi de relația care se stabileşte între terapeut şi membrii familiei. Psihoterapeutul precizează totdeauna clar sarcinile trasate familiei astfel încât acestea, dacă sunt urmate, au efectul scontat.

În cazul în care o alternativă nu s-a dovedit eficientă terapeutul recurge la o altă soluție.

Cu cât problema şi obiectivele terapiei sunt mai clar definite, cu atât este mai facilă stabilirea sarcinilor psihoterapeutice pentru membrii familiei.

Haley (1976) prezintă exemple de sarcini psihoterapeutice:

a) Tatăl şi fiul sunt solicitați să facă un lucru mărunt pe care mama îl dezaprobă.

b) Un tată, care se aliază cu fiica sa mică împotriva mamei, poate fi solicitat să spele cearceafurile când fetița a urinat în pat. Această sarcină are rolul de a stabili legătura tată - fiică şi în acelaşi timp de a trata enurezisul copilului.

c) Unei mame care nu mai era capabilă să controleze comportamentul fiului ei de 12 ani şi care a decis că unica soluție era să-l dea la o şcoală militară, terapeutul i-a propus ca înainte de a-l trimite la şcoala militară, ea să-i arate cum este acolo, deoarece copilul nu avea nici o informație despre ce se întâmplă într-o astfel de şcoală. Mama a acceptat şi, sub îndrumarea terapeutului, ea a început să-l învețe pe băiat ce înseamnă disciplina: să fie politicos, să execute ordine, să-şi facă patul etc., ea jucând rolul comandantului şi copilul pe cel al soldatului. În două săptămâni copilul a început să se comporte suficient de bine astfel încât mama să nu mai dorească să-l dea la şcoala militară.

Uneori psihoterapeutul dă directivele într-o formă metaforică, fără a arăta în mod explicit ce anume doreşte să se întâmple.

Aşa cum arăta Milton Erickson (*cit. Haley, 1967*), oamenii sunt mai dispuşi să urmeze instrucțiuni atunci când nu realizează faptul că le-au primit.

Instrucțiunile paradoxale se caracterizează prin aceea că terapeutul afirmă că doreşte să ajute familia să se modifice, cerându-i în acelaşi timp să nu se modifice. Această abordare are la bază ideea că multe familii care vin la psihoterapie pentru a se modifica sunt rezistente la schimbare. Provocându-i pe membrii familiei să-i reziste, terapeutul va provoca în mod indirect schimbarea.

Haley (1963; 1976 b) descrie câteva astfel de strategii:

1. Terapeutul frânează schimbarea discutând cu membrii familiei care vor fi consecințele rezolvării problemei prezente. Despre acest lucru se vorbeşte în cursul fiecărui interviu psihoterapeutic.

2. Unui cuplu care se ceartă mereu într-un mod neproductiv i se sugerează să se certe în continuare.

3. Unei soții care prezintă un simptom i se poate cere să se plângă de faptul că prezintă simptomul şi atunci când nu-l prezintă, astfel încât soțul să nu ştie dacă ea prezintă simptomul cu adevărat sau doar urmează indicațiile psihoterapeutului.

4. Unul dintre soți poate fi solicitat să-l încurajeze pe celălalt soț să prezinte simptomul.

Papp (1980) face distincția dintre sarcinile pe care familia le va executa în virtutea unui comportament complezent şi cele paradoxale la care psihoterapeutul este convins că familia se va opune sau va lupta împotriva lor.

Intervențiile psihoterapeutice bazate pe complezență includ sfaturi, explicații şi sugestii bazate pe o comunicare deschisă prin intermediul cărora părinții sunt învățați să-şi controleze copiii, să redistribuie sarcinile şi privilegiile în cadrul familiei, să stabilească regulile de

disciplină şi să furnizeze informaţiile de care unii membri ai familiei au nevoie.

Directivele paradoxale sau bazate pe opoziţie sunt cele al căror succes va depinde de lupta familiei împotriva lor sau de urmarea lor până în punctul în care acestea conduc la absurdităţi.

Papp (1980) descrie trei etape în furnizarea unei instrucţiuni paradoxale:

- definirea simptomului ca fiind un element pozitiv menit să menţină stabilitatea familiei;
- prescrierea interacţiunii ciclice producătoare de simptom;
- frânarea familiei atunci când aceasta manifestă tendinţe de schimbare.

În cadrul demersului strategic în psihoterapia de familie se elaborează un plan precis de acţiune pentru fiecare problemă şi nu există nici o contradicţie în ceea ce priveşte selecţia pacienţilor.

Această abordare a fost utilizată indiferent de vârstă şi nivelul socio-economic pentru probleme diverse cum ar fi: neînţelegeri maritale, anxietate, comportament delincvent, tulburări psihosomatice şi chiar în cazul unor subiecţi psihotici.

Reamintim faptul că dacă o strategie eşuează, terapeutul nu se cramponează de aceasta ci elaborează o nouă strategie.

➤ Abordarea strategică în rezolvarea unor probleme ale cuplurilor maritale

În toate cuplurile intervin problemele repartizării puterii şi a organizării unei ierarhii în cadrul căreia diverse zone de control şi de asumare a responsabilităţii sunt împărţite între soţi.

Cuplurile repartizează puterea în moduri foarte diferite.

Astfel, de pildă, în cadrul unui cuplu unul din soţi poate lua toate deciziile importante care se petrec în afara familiei. În alte cupluri, un soţ poate lua decizii referitoare la problemele financiare, în timp ce celălalt ia decizii cu privire la viaţa de familie sau prieteni.

Nu de puţine ori un soţ rezolvă conflictul de putere bazându-şi forţa pe o aparentă slăbiciune sau neajutorare. Astfel, de pildă, soţii pot ceda în faţa copilului adolescent, care îi va face să se simtă egali comparativ cu poziţia sa de superioritate.

În unele cupluri, un soţ poate lua toate deciziile importante, în timp ce celălalt soţ, de pe poziţia de neajutorare se poate alia cu copiii pentru a sabota toate deciziile luate de soţul aflat în poziţia de superioritate, în timp ce în alte cupluri simptomul este utilizat ca sursă de putere.

Simptome ca depresia, alcoolismul, anxietatea sau tulburările psihosomatice pot servi scopului echilibrării raportului de forţă dintre memrbii cuplului.

O modalitate de a descrie cuplul în cadrul căruia unul din parteneri este simptomatic o reprezintă conceptul de incongruenţă ierarhică în cadrul căsătoriei. De regulă, persoane purtătoare de simptom se află într-o poziţie de inferioritate, partenerul încercând să o ajute sau să o modifice. În acelaşi timp, purtătorul de simptom se situează şi într-o poziţie de superioritate, el refuzând să fie ajutat sau să se schimbe. Deşi solicită ajutor şi sfaturi, soţul care prezintă simptomul refuză de fapt să fie influenţat. Astfel în cadrul cuplului se constată două ierarhii de putere care sunt incongruente: în cadrul unei ierarhii persoana purtătoare de simptom se află într-o poziţie de inferioritate pentru că are nevoie de ajutor, soţul fiind în poziţie de superioritate fiind cel căruia i se cere ajutorul. În cadrul celei de a doua ierarhii, partenerul purtător de simptom este cel care nu doreşte de fapt să fie ajutat, ceea ce îl situează în poziţie de superioritate faţă de soţul care încearcă fără succes să-l influenţeze.

În cazul în care subiectul renunţă la comportamentul simptomatic, acesta îşi pierde supremaţia în cadrul relaţiei interpersonale cu partenerul care nu mai are de ce să încerce, fără motiv, să-l modifice.

Comportamentul simptomatic al unuia dintre soţi poate organiza comportamentul celuilalt soţ în foarte multe moduri: cum îşi vor petrece timpul liber, cum vor fi folosiţi banii etc. (acestea sunt doar două exemple de moduri în care soţul purtător de simptom poate domina situaţia).

Este important de cunoscut faptul că unul dintre membrii cuplului poate să fie în mod simultan într-o poziţie de inferioritate şi de superioritate. Partenerii pot ocupa poziţii de superioritate sau inferioritate unul faţă de celălalt în mod alternativ sau în diverse sectoare ale vieţii. Astfel, de pildă, un soţ poate fi mai afectuos iar celălalt mai

rațional, unul poate gospodări mai bine banii în timp ce partenerul este mai eficient în activitățile practice din casă.

Astfel de zone de competență pot conduce la o împărțire a puterii și la stabilirea unor ierarhii care sunt satisfăcătoare pentru ambii parteneri. Uneori, repartizarea zonelor în care se exercită puterea nu este satisfăcătoare pentru unul din soți și cuplul nu găsește o soluție pentru echilibrarea raportului de forțe care să fie satisfăcătoare pentru ambii parteneri. În astfel de cazuri se poate declanșa comportamentul simptomatic. Astfel, unul din parteneri poate dezvolta simptomul ca o încercare de modificare a ierarhiei și raportului de forțe din cadrul sistemului. Dar comportamentul simptomatic al unuia dintre soți reprezintă o putere, pentru că, în loc să echilibreze raportul de forțe în cadrul cuplului, nu face decât să producă o incongruență în cadrul ierarhiei de putere caracteristice cuplului. Dacă dispare comportamentul simptomatic, soții se reîntorc la vechea luptă pentru care a generat comportamentul simptomatic. Ei pot continua lupta până când apare un nou simptom prin intermediul căruia se va încerca o nouă aranjare a raportului de forțe din cadrul cuplului. Acest ciclu se poate repeta mulți ani la rând, soțul purtător de simptom neînrăutățindu-și dar nici neîmbunătățindu-și starea. Acest comportament simptomatic, deși util până la un anumit punct, menținând un anumit echilibru de forțe și prevenind destrămarea cuplului, nu le permite soților să rezolve problema reală care a pus în mișcare tot acest mecanism.

În jurul comportamentului simptomatic al unuia dintre soți se dezvoltă un sistem de interacțiuni care reprezintă o exprimare simbolică a luptei pentru putere pe care cuplul nu o poate soluționa. Astfel simptomul devine o metaforă iar modul în care cuplul abordează simptomul reprezintă o expresie metaforică a altui tip de interacțiuni (astfel, de pildă, faptul că soția vomită în mod compulsiv poate reprezenta de fapt dezgustul ei față de soț).

Soții A și B pot să lupte cu privire la faptul că B trebuie să se subordoneze lui A în ceea ce privește gospodărirea banilor sau la faptul dacă problemele de muncă ale lui B sunt mai importante decât alte aspecte ale vieții de familie. Dacă lupta este atât de puternică încât căsătoria este amenințată sau dacă raportul de forțe este atât de inechitabil încât devine disfuncțional sau intolerabil, unul dintre soți

poate dezvolta un simptom. Astfel, de pildă, dacă soțul B dezvoltă o tulburare depresivă sau psihosomatică, A și B pot să discute cu privire la simptom în loc să se refere la problema pe care nu o pot rezolva (în loc să discute în contradictoriu în legătură cu faptul că B trebuie să-l asculte pe A în problema gospodăririi banilor, ei pot discuta despre faptul că B trebuie să-l asculte pe A în ceea ce privește măsurile luate pentru înlăturarea simptomului).

Interacțiunile care se centrează în jurul simptomului reprezintă o analogie pentru alte tipuri de interacțiuni din cadrul sistemului familial. Aceste interacțiuni centrate pe simptom fac posibil pentru A și B să afle pe ce poziții se situează ei unul față de celălalt fără să fie necesară o discuție explicită a problemelor care ar putea periclita existența cuplului.

Secvența de evenimente este următoarea:

A și B reprezintă un cuplu în cadrul căruia A este dominant. Cariera lui A este mai importantă decât a lui B, A ia decizii referitoare la modul în care trebuie cheltuiți banii, a stilului de viață adoptat etc. La un moment dat B dezvoltă un simptom prin intermediul căruia el se situează într-o poziție de inferioritate, conferindu-i lui A puterea. Acesta îi va da sfaturi lui B cum să scape de simptome, A manifestându-se în cadrul cuplului și mai adecvat și mai competent. A eșuează în mod repetat să-l ajute pe B în a-și rezolva problema, deși există o convenție tacită conform căreia A trebuie să rezolve problema și că însăși existența simptomului este problema lui A. Datorită simptomului, A trebuie să facă o serie de lucruri pentru B sau în locul lui B sau A este împiedicat să realizeze anumite lucruri datorită stării în care se află B. În felul acesta simptomul îi conferă lui B o anumită putere asupra lui A.

A și B realizează o interacțiune în jurul simptomului lui B care este analoagă modului în care cei doi interacționează și în alte zone de activitate. (A îi spune lui B ce să facă în legătură cu simptomul său și se plânge de faptul că B nu face ce i se spune sau nu execută cu exactitate indicațiile. B se plânge de faptul că ceea ce îi spune A să facă nu este corect: dacă A ar fi fost mai interesat, mai înțelegător sau mai implicat în problemă, el ar fi putut oferi o soluție mai bună).

În felul acesta A și B ajung să discute cu privire la poziția dominantă a lui A și a nefericirii lui B în legătură cu situația creată, în

timp ce ei discută de fapt despre simptom; B îşi exprimă prin intermediul comportamentului simptomatic atât dorinţa de a nu fi dominat cât şi neajutorarea cu privire la situaţia în care se află. Poziţia lui A în calitate de soţ al unei persoane simptomatice constituie atât forţa cât şi slăbiciunea sa. Dacă B renunţă la comportamentul simptomatic, cei doi se vor reîntoarce la vechea luptă care are ca obiectiv faptul că profesia lui A este mai importantă sau că A trebuie să hotărască modul în care trebuie să fie cheltuiţi banii. Deoarece problema nu se rezolvă, B va dezvolta un nou simptom şi ciclul se va repeta la nesfârşit. Uneori copilul va dezvolta un simptom, eliberându-l pe B de acesta, A şi B centrându-se pe simptomul copilului în acelaşi mod în care s-au centrat înainte pe simptomul lui B.

Astfel, de pildă, copilul poate prezenta eşec şcolar sau tulburări de comportament cum ar fi furtul. Interacţiunea soţilor în jurul problemei copilului va deveni o metaforă care exprimă în mod simbolic dificultăţile cuplului. Pentru a ilustra acest demers psihoterapeutic Haley (1981) prezintă un caz clinic:

Un bărbat de 60 de ani suferea de o tulburare depresivă de mai mulţi ani. Psihoterapia individuală şi de grup nu au dat nici un rezultat. Pacientul se trezea foarte devreme în fiecare dimineaţă şi îşi făcea probleme în legătură cu serviciul pe care l-a neglijat în ultimii cinci ani din cauza depresiei de care suferea.

Soţia pacientului era psihoterapeut care, după ce copiii au crescut, şi-a reluat serviciul unde avea succes.

Depresia soţului avea la bază următoarea schemă bazată pe ierarhii familiale incongruente: soţul avusese poziţie dominantă în cadrul cuplului în primii ani de căsătorie. După ce soţia s-a dedicat activităţii de psihoterapeut unde a obţinut succes, soţul a început să prezinte probleme psihice. Cu cât soţia avea mai mult succes, cu atât soţul avea simptome mai puternice. Soţul a dezvoltat o depresie, tulburare din zona de preocupări a soţiei, depresie care reprezenta în raport cu soţia atât o sursă de putere cât şi o sursă de slăbiciune. Soţia se afla într-o poziţie de superioritate având succes profesional şi acordând sprijin şi sfaturi soţului, dar şi într-o poziţie de inferioritate deoarece nu reuşeşte să-şi ajute soţul în mod eficient. Interacţiunile în jurul depresiei soţului reprezintă o analogie pentru interacţiunile legate de succesul soţiei la locul de muncă. Depresia soţului reprezintă o metaforă pentru dificultăţile cuplului, dar şi o soluţie pentru aceste dificultăţi deoarece o menţine pe soţie preocupată de problemele soţului.

Soţul s-a prezentat singur la primul interviu, soţia având o întâlnire neaşteptată la serviciu. După ce a ascultat cele relatate de pacient, terapeutul i-a spus acestuia că este vorba de o eroare de diagnostic, pacientul nefiind depresiv, ci pur şi simplu iresponsabil, pentru că şi-a neglijat serviciul timp de cinci ani, problema lui fiind să-şi asume din nou responsabilitatea activităţii profesionale.

Pacientul a fost surprins dar a acceptat diagnosticul de lipsă de responsabilitate în loc de cel de depresie, aceasta însemnând de fapt că el a acceptat şi caracterul voluntar al comportamentului său cât şi faptul că acesta poate fi modificat în mod voluntar.

Dacă psihoterapeutul ar fi acceptat diagnosticul de depresie i-ar fi fost greu să nu-l abordeze pe pacient în acelaşi fel în care o făcea soţia sa (susţinându-l, încurajându-l, dar în acelaşi timp ajungând la exasperare din cauza lui), ceea ce ar fi condus cu siguranţă la eşecul intervenţiei psihoterapeutice. În momentul în care soţul a acceptat diagnosticul de lispă de responsabilitate în loc de depresie, terapeutul avea posibilitatea să-i pretindă acestuia să întreprindă ceva (să lucreze cu responsabilitate la serviciu) şi nu să trăiască o stare afectivă negativă (să fie bine dispus). În acelaşi timp psihoterapeutul poate aranja situaţia astfel încât şi soţia să-şi abordeze soţul în acelaşi mod.

În cursul primei şedinţe psihoterapeutul i-a recomandat pacientului să pună ceasul să sune la ora trei şi jumătate, să se scoale şi timp de o jumătate de oră să-şi facă griji în legătură cu serviciul. Restul timpului el nu trebuia să se gândească la problemele de serviciu. În acelaşi timp el era instruit să continue activitatea profesională. În cazul în care nu va face acest lucru, el va trebui să mărească în următoarea săptămână timpul în care trebuie să-şi facă griji.

La şedinţa următoare pacientul a afirmat că a pus ceasul să sune doar o singură dată, el refuzând în continuare să mai facă acest lucru deoarece i se pare stupid. Pacientul a dormit foarte bine tot timpul,

iar problema insomniei nu s-a mai manifestat pe parcursul psihoterapiei. În acelaşi timp el nu şi-a mai făcut multe griji în legătură cu activitatea profesională şi a început să-şi reorganizeze munca la birou.

La al doilea interviu a participat şi soţia: era o persoană agreabilă şi care ţinea mult la soţul ei. Ea a fost de acord cu diagnosticul şi a acceptat să colaboreze la acţiunea de a-l face pe soţ să redevină responsabil. Terapeutul i-a cerut să facă un plan după care soţul să îndeplinească unele obligaţii profesionale. Dacă acesta refuză să le îndeplinească, soţia trebuia să le îndeplinească ea, deşi acest lucru reprezenta o pierdere financiară serioasă pentru familie, soţul fiind priceput în probleme economice iar soţia nefiind pricepută. Soţia trebuia să-i telefoneze soţului în fiecare zi la serviciu pentru a se asigura că acesta lucrează. Prin intermediul acestor instrucţiuni psihoterapeutul a exagerat un aspect al relaţiei ierarhice incongruente şi anume aceea în care soţia era în poziţie de superioritate şi soţul în poziţie inferioară. Se aştepta prin aceasta ca cei doi să-şi reorganizeze într-un mod mai rezonabil interacţiunile.

După două săptămâni soţul a făcut progrese serioase la serviciu. În acest moment i s-a spus soţiei că ea şi-a neglijat soţul de când s-a angajat în activitatea profesională. I s-a cerut ca în următoarea săptămână să petreacă două seri în compania soţului şi să acorde câte o jumătate de oră pe zi unor discuţii cu soţul pe tema vieţii lor personale.

Interogând pe cei doi soţi cu privire la viaţa sexuală, terapeutul a aflat că totdeauna soţul era iniţiatorul relaţiilor sexuale. Pornind de la acest fapt i s-a cerut soţiei ca săptămâna viitoare să iniţieze ea comportamentul sexual. Terapeutul a oferit explicaţia că soţul s-a comportat atât de protector faţă de soţie încât nu i-a oferit posibilitatea să aibă iniţiativa unei relaţii intime. Afirmând că soţul s-a manifestat protector faţă de soţie în ceea ce priveşte relaţia sexuală, psihoterapeutul îl situează pe acesta într-o poziţie de superioritate faţă de soţie.

După încă două săptămâni soţia a afirmat că soţul s-a comportat şi mai bine la serviciu, a fost bine dispus şi chiar a realizat ceva deosebit pe plan profesional. Soţul şi-a minimalizat succesul plângându-se de faptul că lucrurile merg la fel de prost ca şi înainte.

Terapeutul a spus că între cei doi soţi are loc o neînţelegere şi că este nevoie de o modalitate nouă de a-şi verifica modul de comunicare. Astfel, soţul a fost instruit ca de trei ori în cursul săptămânii care urmează să afirme că este iresponsabil şi incompetent, iar soţia trebuia să ghicească dacă el simte cu adevărat acest lucru sau doar se preface. Deşi a afirmat că indicaţia este stupidă, soţul a fost în cele din urmă de acord s-o urmeze.

Terapeutul s-a bazat în demersul său pe faptul că soţia, neştiind ce simte soţul cu adevărat, nu va reacţiona la afirmaţiile acestuia în modul său obişnuit.

În cursul săptămânii următoare terapeutul a aflat că soţul nu a urmat indicaţiile sale. Atunci el i-a cerut să afirme că este iresponsabil şi incompetent în cursul şedinţei de psihoterapie, ceea ce pacientul a realizat cu mare dificultate. Soţia şi terapeutul i-au adresat critici afirmând că el nu era prea credibil în calitate de persoană iresponsabilă şi incompetentă.

Modelul obişnuit de interacţiune între cei doi soţi funcţionase până atunci după schema: soţul se plânge în legătură cu problemele sale, iar soţia îi oferă sprijin şi asigurări.

În cadrul noii interacţiuni soţul se preface că se plânge, iar soţia îl critică pentru că nu se preface suficient de bine. În mod implicit din această interacţiune rezultă faptul că soţului îi vine greu să apară iresponsabil şi ineficient. Deoarece soţul nu mai era deprimat şi avea succes în activitatea profesională, terapeutul a sugerat cuplului ca în loc să mai vină la şedinţa viitoare de psihoterapie să meargă la restaurant.

În felul acesta terapeutul se detaşează de cuplu înainte de terminarea terapiei.

După încă două săptămâni cei doi soţi au raportat modificări pozitive. În această situaţie terapeutul propune încheierea terapiei fixând un interviu de verificare peste câteva luni. La această întâlnire soţii s-au prezentat bine.

În concluzie, în acest caz intervenţiile psihoterapeutice au fost următoarele:

1. Terapeutul refuză modul în care cuplul defineşte problema, schimbând eticheta de depresie cu cea de iresponsabilitate. În

consecință sistemul de interacțiuni care se structurează în jurul simptomului se modifică.

2. Instrucțiunea paradoxală ca pacientul să se trezească obligatoriu foarte devreme a rezolvat problema insomniei.

3. Soția a primit sarcina să-l ajute pe soț să devină mai responsabil. În felul acesta un aspect al relației ierarhice incongruente a fost exagerat și anume acela în care soția se afla în poziție de superioritate iar soțul în poziție de inferioritate și neajutorare. Aceasta reprezenta o intervenție paradoxală menită să-l provoace pe soț să se revolte împotriva acestui tip de interacțiune, ceea ce el a și făcut reluând controlul asupra activității sale profesionale.

4. I s-a dat soțului instrucțiunea paradoxală conform căreia să pretindă că manifestă simptomul.

Interacțiunile dintre cei doi soți s-au ameliorat astfel încât ei au început să petreacă mai mult timp împreună, iar activitatea sexuală a cuplului s-a diversificat. Odată ce relația lor s-a ameliorat ei nu au mai avut nevoie să interacționeze în jurul simptomului ca o analogie și în același timp o soluție la problemele lor.

Terapeutul a organizat viața cuplului astfel încât problemele de putere și slăbiciune să nu mai fie centrate pe comportamentul simptomatic, iar apoi el a modificat total modul de organizare a interacțiunilor cuplului.

CAPITOLUL 11
PSIHOTERAPIA PRIN INTERVENȚIE PARADOXALĂ

Paradoxurile au fascinat omenirea încă din cele mai vechi timpuri.

Este cunoscut paradoxul lui Epimenides din Megara, care spunea:

Toți cretanii sunt mincinoși

Epimenides este cretan

Deci, Epimenides este mincinos.

Dar dacă Epimenides este mincinos, atunci afirmația "toți cretanii sunt mincinoși", trebuie să fie o minciună.

Psihoterapia prin paradox se bazează pe principiul că ne așteptăm ca o persoană să se modifice, rămânând de fapt neschimbată.

Cea mai simplă formă de paradox pragmatic sau terapeutic constă în prescrierea simptomului, cu alte cuvinte, aceasta înseamnă încurajarea pacientului să devină tot mai simptomatic.

Cristine Watson (1985) supunând conceptul de paradox și psihoterapie prin intervenție paradoxală metodei de explorare a opiniilor tip Delphi, realizează o sinteză a principalelor idei și definiții în legătură cu aceste concepte, elaborate de un grup de experți.

A rezultat că psihoterapia prin paradox este acel demers terapeutic, în cadrul căruia terapeutul:

- Transmite un mesaj prin intermediul căruia limitează schimbarea pacientului sau a familiei aflate în terapie.
- Transmite două mesaje contradictorii, dintre care unul corespunde contextului psihoterapeutic și care implică ideea că o schimbare ar trebui să aibă loc, iar al doilea mesaj transmis direct de către terapeut postulează faptul că schimbarea nu trebuie să aibă loc.
- Exagerează unele componente ale pacientului sau familiei sau folosește surpriza pentru a-i șoca și a-i scoate dintr-un cadru de referință rigid.
- Contracarează, printr-un paradox terapeutic, modurile paradoxale și absurde ale familiilor aflate în terapie de a-și aborda problemele proprii.

• Localizează posibila funcționare a comportamentului – problemă și îl descrie ca pe un comportament care se menține prin mecanisme homeostatice.

• Apreciază pozitiv comportamentele tuturor participanților la terapie în cadrul unui anumit context sau situație.

Trebuie precizat faptul că este paradoxală acea intervenție a terapeutului pe care pacientul sau familia o percepe ca fiind lipsită de logică, contrară simțului comun sau irelevantă pentru scopurile terapiei. Nu atât intervenția prin ea însăși este paradoxală, ci modul în care aceasta este privită și înțeleasă de pacient.

Dintre definițiile din literatura de specialitate preferate de participanții din cadrul grupului de experți investigați de Watson (1985) menționăm câteva:

1) O intervenție prin paradox poate fi definită astfel: "în cadrul unui context în care pacientul vine la terapie pentru a se modifica, terapeutul îi cere să se comporte într-o și mai mare măsură așa cum nu dorește pacientul, respectiv să producă și mai mult comportamentul nedorit; ținând seama de caracterul involuntar al comportamentului nedorit, terapeutul îi cere pacientului să producă în mod voluntar respectivul comportament (Madanes, 1981).

2) O intervenție paradoxală este orice indicație, comandă, predicție, afirmație, care, dacă este urmată sau acceptată, va produce opusul a ceea ce se solicită prin intermediul ei.

Succesul intervenției paradoxale depinde de evitarea de către pacient sau familie a instrucțiunilor terapeutului sau de urmare a lor până la punctul absurdității urmând apoi restructurarea prin ricoșeu (Papp, 1980).

3) Intervenția prin paradox este acea intervenție menită să producă schimbări de ordinul II, respectiv schimbări în structura sistemului aflat în terapie (Watzlawick ș.a., 1974).

Se poate spune, cu alte cuvinte, că intervenția prin paradox, referitoare la un simptom constă în a solicita clientul (individ, cuplu, familie) să facă ceea ce ei fac deja, în viziunea terapeutului această indicație putând contribui la o schimbare.

Acest tip de intervenție conține în sine un element surpriză, fiind contrară unor expectații rezultate din context și părând nelogică din punctul de vedere al acestor expectații ale pacientului.

Palozzoli (1981) spunea că "oamenii sunt mai ușor influențați atunci când așteaptă un anumit mesaj și primesc în schimb un mesaj cu totul diferit", iar Erickson și Rossi (1979) subliniau faptul că orice expectație de tip șoc sau surpriză fixează pentru moment atenția și întrerupe șirul vechilor asociații facilitând schimbarea.

Din acest motiv este eficient ca orientarea terapeutică să aibă drept scop modificarea cursului gândirii pacientului referitoare la problema sa. Dacă nu se procedează astfel, terapeutul poate intra în jocul pacientului, repetând la nesfârșit aceeași secvență comportamentală și făcând ca terapia să eșueze.

Cheile demersului terapeutic prin paradox sunt "a gândi diferit" și "a acționa imprevizibil" (Cade, 1985).

Nu este însă suficient ca terapeutul să acționeze imprevizibil, ci această imprevizibilitate trebuie să se refere la aspectele de esență ale demersului psihoterapeutic. în cursul acestui demers trebuie stabilite noi conexiuni și trebuie acordate noi semnificații diferitelor aspecte ale problemei care îl frământă pe pacient.

Utilizarea paradoxului în terapie captează atenția și poate furniza un nou curs gândirii. Astfel, individul nemaiavând răspunsuri prestabilite va răspunde la stimularea prin paradox printr-un comportament de căutare pentru a descoperi un răspuns adecvat. Datorită stimulului neașteptat, pacientul poate intra spontan într-o stare de transă ușoară, care poate fi adâncită de terapeut sporind eficiența demersului psihoterapeutic (Lankton, 1985).

Funcționarea paradoxului se explică și prin aceea că el reprezintă o modalitate de a sparge cercul vicios prin intermediul căruia un simptom este menținut și exacerbat (Este cunoscut faptul că omul, cu cât dorește mai mult să adoarmă, cu atât rămâne mai multă vreme treaz, instalându-se insomnia).

Istoricul abordărilor psihoterapeutice prin intervenția paradoxală

Începuturile psihoterapiei prin intervenție paradoxală au fost făcute de grupurile din Palo Alto, din cadrul Institutului de cercetări mentale, şi s-au concretizat în lucrarea: "Aspectele pragmatice ale comunicării umane" a lui Watzlawick, Beavin şi Jackson (1967).

Cu toate acestea este o eroare să spunem că tehnicile bazate pe paradox s-au născut o dată cu cercetările acestor specialişti, deoarece elemente ale acestor tehnici figurau în mod implicit în diferite sisteme de psihoterapie.

Astfel, Alfred (1914) a fost primul care a scris despre strategiile bazate pe paradox (Mazdzierz, Macchitelli şi Lisiecki, 1976).

Dunlap (1928, 1930) a dezvoltat în psihoterapie procedeul denumit "practica negativă" care consta din prescrierea simptomului şi care era utilizat pentru simptome ca onicofalogia, enurezisul sau balbismul.

Principiul "practicii negative" a fost aplicat şi de psihologii behavioriști. Astfel, Hull (1943) a elaborat un sistem teoretic pentru a explica aceste practici, el punând la baza lor conceptul de "inhibiție reactivă".

Saţietatea de stimuli este o tehnică behavioristă mai recentă, tehnică ce se aseamănă cu metodele bazate pe paradox. Ea implică o expunere repetată şi intensivă la acțiunea stimulului dezirabil pentru pacient.

Astfel, Ayllon, 1963 (cit. Weeks şi L'Abate, 1982) relatează cazul unui pacient care avea obiceiul să sfâşie prosoape. Personalul medical a fost instruit să-i pună la dispoziție cât mai multe prosoape timp de 5 săptămâni, până când comportamentul simptomatic a dispărut.

Unul dintre cei mai reprezentativi precursori ai psihoterapiei prin paradox a fost Frankl (1939), care a pus la punct un demers terapeutic bazat pe principii existențiale, pe care l-a denumit *logoterapie*. Scopul logoterapiei era să-l determine pe pacient să-şi accepte în mod conştient responsabilitățile personale. Una dintre tehnicile de bază ale logoterapiei este "intenția paradoxală" care constă în a solicita pacientului să facă să apară în mod voluntar simptomul. Intenția paradoxală se bazează pe principiul că nevroza anxioasă şi reacțiile de tip fobic se caracterizează prin anxietate anticipatorie, care, la rândul ei generează

condițiile de care pacientul se teme. Intenția paradoxală are rolul de a întrerupe cercul vicios în care se mişcă pacientul prin reducerea sau eliminarea anxietății de anticipare. Frankl sublinia faptul că el nu trata numai simptomul, ci modifica atitudinea pacientului față de nevroza sa.

Rosen (1953) este un alt terapeut care a contribuit la dezvoltarea terapiei prin intervenția paradoxală. El a pus la punct un sistem de psihoterapie în care se pune accent pe rejucarea unor aspecte ale comportamentului psihotic (când pacientul are tendința să se comporte bizar, terapeutul îi va recomanda să joace episodul morbid într-o manieră cât mai floridă, să "audă vocile" sau să "vadă vede-niile"). Această strategie avea drept scop descurajarea apariției simptomului şi ideea de a-l ajuta pe pacient să-şi elimine simptomul.

Gestalt – terapeuții utilizează adesea tehnica exagerării care presupune a cere clientului să repete şi să amplifice anumite gesturi în ideea că un gest poate fi o încercare incompletă de a comunica (Levitsky şi Pearks, 1970).

Emright (1970) prezintă un caz deosebit de sugestiv de amplificare a tehnicii exagerării: o pacientă prezenta un tic caracterizat prin aceea că făcea un gest rapid cu degetul pe braț. Când mişcarea a fost amplificată, a rezultat că, de fapt, femeia făcea semnul crucii.

Farrely (Farrely şi Brandsma, 1974) a pus la punct psihoterapia provocată, care utilizează şi ea metode de intervenție prin paradox. Acest tip de terapie are drept scop să producă un răspuns emoțional foarte puternic la pacient. Autorul utilizează mult tehnica exagerării simptomului. Elementul cheie al acestui tip de terapie este umorul, care utilizează tehnici ca exagerarea, grimasele, distorsionarea, ridicolul, sarcasmul, ironia şi anecdotele.

Poate cel mai important precursor al psihoterapiei prin paradox a fost talentatul hipnoterapeut Mitton Erickson. Influența acestuia asupra dezvoltării domeniului psihoterapiei prin paradox este oarecum indirectă, majoritatea lucrărilor sale fiind prezentate de discipolul său Haley (1973) care a subliniat faptul că Erickson a fost un maestru în utilizarea paradoxului atât în hipnoză, cât şi în psihoterapie în general.

Erickson şi Rossi (1975) identifică o serie de solicitări de tip conflictual utilizate în hipnoterapie, ca de pildă:

- oferirea unei alegeri libere între alternative comparabile ("dorești să intri în transă acum sau mai târziu?");

- solicitarea nivelului conștient cu efecte asupra nivelului subconștient ("dacă subconștientul tău dorește să intre în transă se va ridica mâna dreaptă, altfel se va ridica mâna stângă");

- utilizarea timpului ca agent al alternativei contradictorii (ex.: "dorești să scapi de această deprindere săptămâna aceasta sau săptămâna viitoare?").

Stephen Lankton și Carol Lankton (1985), studiind lucrările lui Erickson, sintetizează obiectivele terapiei de tip ericksonian astfel:

1) Abordarea structurală a sistemului din cadrul căruia face parte pacientul (psihoterapie de familie).

2) Inducerea unor modificări durabile în comportamentul individual.

3) Trasarea unor sarcini și dezvoltarea unor comportamente adecvate nivelului de vârstă al pacientului.

4) Restructurarea atitudinală (modificarea sistemului de percepții, atitudini și convingeri ale pacientului).

5) Dezvoltarea la pacient a unei flexibilități afective și emoționale.

6) Modificarea gândirii legate de imaginea de sine (Se dezvoltă capacitatea pacientului de a anticipa modul în care va folosi noile soluții în situații variate; este vorba de a se imagina pe sine competent și capabil de a rezolva anumite situații).

7) Utilizarea paradoxului conform căreia bucuria de viață are la bază un mare efort de autodisciplină.

în terapiile sale, Erickson utiliza frecvent sistemul de inducție hipnotică dublă, cu doi terapeuți, care dădeau adesea sugestii contradictorii pacientului.

Studii interesante și recente asupra psihoterapiei prin paradox au prezentat și Pallozolli, Cecchin, Prata și Boscolo (1978); Weeks și L'Abate (1982); (1985); Watson (1985); Cade (1985); Frankl (1985); Lankton (1985); Rohrbaugh (1985); Madanes (1984) ș.a.

Natura umană și teoria paradoxală a schimbării

Watzlawick ș.a. (1974) arată că există două tipuri de modificări ale comportamentului:

a) Modificări de ordinul 1, în cadrul cărora sistemul în sine rămâne neschimbat, în timp ce părțile cu elementele sale se modifică.

Aceste modificări sunt liniare, mecaniciste, cantitative, ele implicând utilizarea mereu a acelorași strategii de rezolvare de probleme. De pildă, tatăl încearcă să rezolve tulburarea de comportament a fiului pedepsindu-l din ce în ce mai mult, ceea ce nu rezolvă problema, interacțiunea dintre tată și fiu rămâne neschimbată.

b) Modificări de ordinul 2, care se referă la schimbarea sistemului în ansamblu. Ele sunt bruște și radicale, reprezentând un salt al sistemului la un alt nivel de funcționare. în acest caz modificarea este de natură calitativă, nu este previzibilă în mod logic și apare adesea brusc, nelogic, neașteptat.

Intervențiile prin paradox produc modificări comportamentale de ordinul 2. (De pildă, tatăl încearcă să aplice o metodă complet diferită și neașteptată ca de exemplu aceea de a-și încuraja fiul să se poarte urât).

Simptomul a fost considerat în mod tradițional ca un comportament bizar, străin, necontrolabil, reprezentând o slăbiciune a omului. El a fost tratat de către psihoterapia tradițională ca un dușman al purtătorului său și al terapeutului, sarcina comună a acestora fiind de a lupta împotriva lui, de a-l vindeca. Psihoterapia prin paradox consideră simptomul ca pe un prieten sau un aliat al pacientului, care va trebui să coopereze cu propriul simptom. Simptomul este acela care face schimbarea posibilă, motiv datorită căruia se cere pacientului să continue sau să exagereze producerea simptomului.

Simptomele trebuie abordate în mod dialectic în termeni de opoziție, bipolaritate, contradicție (Rychlak, 1976).

Milton Erickson era de părere că simptomul este un mod al pacientului de a comunica cu terapeutul. Acesta trebuie să-și pună întrebarea în ce mod simptomele sunt adaptive pentru pacient, ce beneficiu obține acesta de pe urma lor.

Astfel, primul pas în cadrul terapiei prin paradox este accentuarea părții pozitive a simptomului, urmată de redefinirea acestuia în termeni pozitivi. O abordare în termeni pozitivi a simptomului poate oferi pacientului sentimentul autocontrolului, al stăpânirii situației.

Stanton (1981 b) ne reprezintă o abordare strategică (sistemic paradoxică) asupra disfuncției:

a) Simptomul trebuie privit ca un tip particular de comportament care funcționează ca un mecanism homeostatic care reglează tranzacțiile familiale.

b) Problemele pacienților nu trebuie abordate separat din contextul în care apar și separat de funcțiile cărora le servesc.

c) Nu trebuie să ne așteptăm ca un individ să se schimbe prea mult, dacă nu se schimbă sistemul din care face el parte (familial, de pildă).

d) Insight-ul (iluminarea) în sine nu este un precursor absolut necesar al schimbării.

Scopul simptomului constă în a menține sistemul nemodificat, înghețat în repetiții de tip cerc vicios sau de a crește frecvența comportamentelor de tip apatic sau abuziv care, în cele din urmă, pot să destrame însuși sistemul în cadrul căruia au apărut (L'Abate, 1985).

Se produce următorul fenomen: sistemul integrat într-un proces patologic își păstrează echilibrul de forțe prin aceea că elementul său cel mai slab, de regulă purtătorul de simptom, capătă putere și control asupra întregului sistem familial.

Simptomul ca metaforă

Madanes (1984) afirmă că simptomul este un mesaj care poate exprima altceva decât apare în mod explicit (are un sens secundar).

Astfel, când un copil spune că îl doare capul, el se poate referi la mai multe tipuri de dureri. El poate spune că sentimentele sale sunt lovite și "îl dor", că mama sa suferă sau poate cere în mod indirect ajutor la lecții. în același timp, un tip sau o secvență de interacțiune între doi sau mai mulți indivizi poate avea sens metaforic.

Când o familie se prezintă la terapie, terapeutul trebuie să fie atent dacă nu cumva problema pe care aceasta o ridică, este o metaforă pentru un alt tip de comportament. Iată, pentru exemplificare, o secvență (Madanes, 1984): Tatăl vine de la serviciu anxios și îngrijorat de faptul că ar putea fi concediat. Soția încearcă să-l încurajeze, iar copilul dezvoltă un astm bronșic. Tatăl începe să aibă grijă de copil, îl încurajează, îi administrează tratamentul. El nu mai este omul speriat că va fi concediat, ci omul competent, adultul sigur de sine în relația cu copilul. Este oare posibil să-și fi planificat copilul comportamentul pentru a-și ajuta tatăl? Aceste comportamente sunt, de regulă, neconștientizate. Această încercare a copilului de a-și ajuta părinții creează adesea o problemă mai gravă decât cea inițială, pentru că puterea copilului izvorâtă din simptom, asupra părinților poate deveni exagerată.

Când "planul" copilului este demascat, strategia de rezolvare a problemei devine evidentă: a aranja un nou tip de interacțiune în cadrul sistemului familial, care duce la același rezultat, dar în absența simptomului.

Uneori, aceste planuri pot avea și un caracter conștient deliberat ("dacă sunt bolnav tata nu o să mai plece de acasă și nu o să mai bea").

Este, însă posibilă și varianta în care tatăl poate solicita în mod inconștient respectivul comportament din partea copilului sau acesta este solicitat de mamă, pentru a se elibera de necesitatea de a-și susține soțul.

Atunci când comportamentul problemă reprezintă o metaforă pentru un alt comportament problemă, apare o incongruență în organizarea ierarhică a sistemului familial (de pildă, copilul preia poziția de lider al familiei). Sarcina terapeutului este să înțeleagă tipul de relații, să modifice metaforele, să aranjeze redistribuirea beneficiilor și să renegocieze contractele dintre parteneri. în cadrul acestor strategii psihoterapeutice, tehnicile bazate pe paradox au un rol însemnat.

Indicațiile nozografice ale psihoterapiei prin intervenție paradoxală

Stanton (1981 b) (Cit. Weeks și L'Abate, 1981) studiind literatura de specialitate a găsit că intervenția prin paradox a fost utilizată cu succes în următoarele situații: tulburări legate de adolescență, alcoolism, alte forme de toxicomanie, anorexie și dezordini alimen-

tare, anxietate, astm, tulburări de comportament, delicvență, probleme emoționale ale copiilor, depresie, enurezis, encomprezis, homosexualitate, cecitate isterică, crize de identitate, fugă de acasă (vagabondaj), probleme maritale, comportament obsesiv-compulsiv, idei obsesive, paranoia, depresii şi psihoze post-partum, ejaculare precoce, logofobie, schizofrenie, probleme şcolare, alte probleme sexuale, tulburări de somn, balbism, tentative de suicid, transpirații excesive, stări de vomă, dureri de stomac, probleme de muncă.

Opinia noastră, formată în urma consultării literaturii de specialitate şi a experienței clinice, este că trebuie să fim mai rezervați în ceea ce priveşte prescrierea acestei forme de psihoterapie în psihoze (schizofrenie, paranoia, depresii endogene), cât şi în domeniul comportamentului suicidar. în cazul psihozelor, afecşiuni de etiologie endogenă, esențial este tratamentul medicamentos, psihoterapia în diversele forme putând fi utilizată ca adjuvant în stările de remisiune. în ceea ce priveşte comportamentul suicidar, cu excepția celui de tip demonstrativ, considerăm că intervenția psihoterapeutică este insuficientă. Mai mult, o psihoterapie prost condusă, realizată de către un terapeut lipsit de experiență nu poate preîntâmpina punerea în aplicare a tentativelor de suicid.

Weeks şi L'Abate (1982) susțin că "terapist-killerii" şi toxicomanii psihoterapiei rezistenți la alte tipuri de psihoterapie reacționează pozitiv la psihoterapia prin intervenție paradoxală.

"Terapist-killerii" sunt acei subiecți care au făcut un număr de psihoterapii fără succes şi care, parcă simt o satisfacție în a arăta cât de lipsite de eficiență au fost acestea.

Toxicomanii psihoterapiei sunt acei pacienți care reuşesc să trăiască pentru şedința lor de psihoterapie, ei căutând ajutor dar reuşind totdeauna să-l saboteze. Pentru aceşti pacienți rezistenți, terapia a devenit mai curând o parte a problemei decât o parte a soluției, terapeutul fiind prins în sistem în aşa fel încât problema este men-ținută (pacientul continuă psihoterapia dar nu se vindecă).

În ceea ce priveşte intervenția prin paradox în psihoterapia de familie, s-a constatat că aceasta este utilă când familia în ansamblu sau unul din subsistemele sale se află în criză de dezvoltare. Familiile prezintă o serie de disfuncții în cazul cărora intervenția prin paradox este indicată.

- Când membrii sistemului familial sunt legați unul de altul prin intermediul unui comportament de luptă.
- Când se constată în cadrul sistemului familial lipsa dorinței de a coopera şi de a stabili acorduri.
- Când familia ca sistem are tendința de a continua şi perpetua la nesfârşit aceleaşi scheme de comportament în ciuda tuturor tipurilor de intervenții.
- În sistemele familiale în care copiii sau adolescenții au un comportament menit să ducă la dezbinarea părinților.
- În sistemele familiale unde se utilizează frecvent comunicări bazate pe descalificare (Weeks şi L'Abate, 1982).

Aceiaşi autori consideră că, deşi psihoterapia prin intervenție paradoxală este utilă într-o multitudine de situații, ea este totuşi contraindicată în următoarele cazuri:

- În situația în care pacientul nu este implicat activ în procesul terapeutic (subiecți aduşi cu forța la psihoterapie de instanțe judecătoreşti sau de familie).
- Sociopații, care adesea au tendința de a modifica sarcina terapeutică în folosul lor, potrivit propriilor nevoi.
- Paranoizii, care pot sesiza "păcăleala" ascunsă în intervenția terapeutică, fapt ce-i determină să devină suspicioşi şi prudenți.
- Pacienți cu comportament destructiv-suicidar sau homicidar. E de la sine înțeles că terapeutul nu va prescrie comportamentul suicidar. Totuşi, comportamente de acest tip au fost tratate prin intervenții de tip paradoxal de către Farrelly (Farrelly şi Brandsma, 1974), care a provocat la aceşti pacienți un răspuns afectiv puternic (furie), criticându-le metodele alese pentru sinucidere şi făcând sugestii absurde în legătură cu modul cel mai potrivit de a se sinucide.

Noi susținem în continuare ideea că utilizarea acestui gen de intervenție la sinucideri este riscantă şi este mai indicat să fie evitată.

Rohrbaugh ş.a. (1977) a arătat că intervenția prin paradox este nepotrivită în situații de criză şi instabilitate. Problemele de tipul decompensărilor acute, reacțiilor de doliu, de pierderea situației profesionale nu trebuie abordate prin metode bazate pe paradox.

Fisher ş.a. (1981) au identificat 4 modele familiale în cazul cărora intervenția prin paradox este contraindicată:

1) La familiile haotice, cu structuri vag conturate, care nu prezintă o problemă clară sau au un comportament psihopatologic care se repetă.

2) La familiile imature, unde părinții infantili caută în terapeut o figură de tip parenteral.

3) La familiile impulsive care își exprimă comportamentul ostil în mod deschis și neadecvat, aceste familii pot să înțeleagă paradoxul într-un mod destructiv.

4) La familiile care tind să plaseze asupra altora responsabilitatea legată de propriile probleme și care acceptă intervenția manifestând o opoziție slabă, fără comportament de opoziție activă.

Condițiile pe care trebuie să le îndeplinească intervenția psihoterapeutică prin paradox

Haley (1976) a pus în evidență o serie de reguli sau condiții pe care trebuie să le îndeplinească această metodă de psihoterapie:

- Relația terapeutică trebuie definită ca o relație care atrage după sine o schimbare (acest contract poate avea un caracter implicit).
- Problema de rezolvat trebuie să fie clar definită.
- Scopurile și obiectivele terapiei trebuie precizate cu maximă claritate.
- Terapeutul trebuie să ofere pacienților un plan sau o strategie de urmat.
- Persoana din familie care acționează ca autoritate în ceea ce privește menținerea problemei de rezolvat trebuie descalificată cu tact.
- Terapeutul trebuie să dea pacientului sau familiei o sarcină sau directivă cu conținut paradoxal, care nu face decât să încurajeze comportamentul simptomatic.
- Terapeutul nu pretinde că ar produce ameliorarea, aceasta fiind pusă pe seama pacientului sau familiei. Mai mult, terapeutul își exprimă mirarea când ameliorarea se produce, deoarece el este cel care prescrisese simptomul sau prevăzuse recăderea.

Principiile psihoterapiei prin paradox (adaptat după Weeks şi L'Abate, 1981)

1) Modificarea sistemului de referință din care este abordat simptomul, acesta fiind valorizat pozitiv în fața pacientului.

2) Abordarea sistematică a problemei de rezolvat. Simptomul nu este privit izolat ci este în mod necesar legat de sistemul familial în care este înglobat pacientul.

3) Producerea voluntară a simptomului. Realizarea intențională a acestuia face ca subiectul să devină responsabil de amplitudinea simptomului.

4) Prescrierea unei secvențe de intervenții paradoxale care să eşaloneze în timp, pentru a împiedica reapariția comportamentului simptomatic. Cel mai frecvent se utilizează următoarea secvență de intervenții terapeutice:

- valorizarea pozitivă a simptomului;
- prescrierea simptomului;
- prevederea unor recăderi;
- prescrierea unor recăderi.

5) Implicarea activă a pacientului în demersul psihoterapeutic.

Frecvent se recurge la prescrierea ritualizată a simptomului (loc, timp, modalitate de desfăşurare) sau la condiționarea tehnicii paradoxale de un alt eveniment care va avea loc în mod sigur (ex. de câte ori apare persoana X, pacientul trebuie să manifeste simptomul).

Descrierea principalelor tehnici şi strategii bazate pe paradox

Tehnicile prin paradox pot să se adreseze indivizilor, cuplurilor sau familiilor.

Weeks şi L'Abate (1982) disting trei categorii de tehnici bazate pe paradox:

- Tehnici de categoria I – de nivel individual: intervenția psihoterapeutică este îndreptată asupra unui singur subiect.
- Tehnici de categoria a II-a – de nivel internațional: intervenții prin paradox care se întrepătrund și sunt dirijate spre unul sau mai mulți subiecți luați ca indivizi izolați.

- Tehnici de categoria a III-a – de nivel tranzacțional sau sistemic: intervenția prin paradox este îndreptată asupra unor comportamente aflate în interacțiune în cadrul unui sistem. De regulă, aceste tehnici se aplică în cazul psihoterapiei de familie.

Rohrbaugh ş.a. (1977, 1981) au împărțit intervențiile prin paradox în două mari grupe, după modul în care pacientul acceptă sau respinge intervenția:

a) *Strategii paradoxale bazate pe colaborare*

în cadrul acestor tehnici modificarea comportamentală se obține atunci când pacientul încearcă să îndeplinească prescripțiile terapeutice paradoxale.

Aceste strategii bazate pe complezență acționează în două moduri: fie pacientul va găsi că e imposibil să se conformeze prescripțiilor terapeutului, fie aceste prescripții vor crea o situație aversivă pentru pacient ţennen, 1977, 1981).

Acest tip de intervenție se potriveşte pentru tratarea obsesiilor, atacurilor de panică şi a altor tipuri de simptome împotriva cărora pacienții au tendința de a lupta.

b) *Strategii paradoxale bazate pe opoziție*

Se bazează pe ideea că pacientul se va opune îndeplinirii directivelor axate pe paradox.

Terapeutul îşi propune ca pacientul să nu îndeplinească ceea ce i se cere şi prin aceasta să se modifice. O astfel de strategie este utilizată cu succes la cuplurile care se ceartă în continuu şi cărora li se prescrie să se certe în continuare sau li se spune că nu sunt pregătite încă să renunțe la certuri. în astfel de cazuri terapeutul nu face altceva decât să-l determine pe pacient să lupte cu el în loc să lupte cu partenerul.

Weeks şi L'Abate (1982) descriu ca fiind cel mai frecvent folosite următoarele tehnici bazate pe paradox.

1) **Schimbarea sistemului de referință**

Constă în modificarea semnificației acordate simptomului, respectiv în conferirea unei semnificații pozitive unui comportament patologic (se mai numeşte şi procedeul conotației pozitive – Palazzoli ş.a., 1978 a).

Peggy Papp (1977) utilizează aşa-numita conotație pozitivă cu unul din cazurile ei. Astfel, ea dă unei paciente indicația să continue să se comporte ca o persoană neajutorată şi incompetentă pentru că

aceasta îi dă soțului ei şansa să arate cât este el de puternic, activ, grijuliu şi protector. Dându-şi seama de consecințele negative ale comportamentului ei, pacienta face tentative să se schimbe.

2) **Reetichetarea**

Constă în modificarea etichetării unei persoane sau situații, fără a modifica în mod necesar şi sistemul de referință din care acesta este privită. De regulă, eticheta "rea" se înlocuieşte cu una "bună", punându-se accentul pe pozitiv, adaptativ, normal.

Reetichetarea modifică atitudinea pacientului față de propria persoană şi față de propriul comportament. Noua etichetă poate conține în sine ideea că simptomul este un "instrument" al schimbării, creând la pacient setul cu privire la faptul că schimbarea este iminentă. în acelaşi timp, acest procedeu dă pacientului şi un sentiment sporit de autocontrol.

Haley (1973) descrie un caz tratat de Erickson în care un tânăr, cu reputația de play-boy a fost impotent în noaptea nunții. Mireasa s-a simțit dezamăgită şi a reacționat agresiv respingând partenerul. Tehnica reetichetării a constat în aceea că terapeutul a făcut afirmația că impotența tânărului a fost un compliment la adresa frumuseții doamnei. El a fost atât de copleşit de frumusețea acesteia încât s-a simțit şi chiar s-a manifestat incompetent în fața acestei frumuseți.

3) **Prescrierea simptomului**

Este cea mai răspândită tehnică a psihoterapiei prin paradox.

După Rohrbaugh ş.a. (1977) mesajele care stau la baza acestei tehnici sunt:

- "pentru a scăpa de simptomul tău, păstrează-l sau exagerează-l";
- "simptomul involuntar capătă un caracter voluntar."

Zeig (1980) descrie cinci tehnici menite să crească şansa ca pacientul să realizeze ceea ce îi recomandă terapeutul:

- găsirea unei motivații adecvate pentru prescrierea simptomului;
- prescrierea indirectă (simptomul este prescris în mod ambiguu ca de pildă: "nu face nimic în legătură cu problema săptămâna aceasta şi apoi vom mai vedea cât este ea de gravă");
- prescrierea simptomului în aşa fel încât pacientul să aibă posibilitatea să respingă unele din directive (se pot prescrie anumite condiții în care să se producă simptomul iar pacientul îşi poate descărca rezistențele neexecutând o parte a sarcinii);

- stimularea curiozității pacientului (i se spune că i se va trasa o sarcină specială atunci când va veni momentul potrivit);
- prescrierea unei mici modificări în modul de producere sau trăire a simptomului (de pildă, i se poate sugera pacientului să se concentreze pe sentimentele asociate cu simptomul, fără a menționa gândurile legate de acesta).

Hare-Mustin (1975) a utilizat următoarea strategie cu un copil de patru ani care prezenta crize de efect: copilului i s-a spus că poate continua să aibă crizele respective, dar numai într-un loc special din casă. în ședințele următoare copilul singur a stabilit momentul din zi când va avea exploziile sale de furie. După a treia ședință, crizele s-au redus simțitor. Terapeutul și-a exprimat îngrijorarea în legătură cu reducerea crizelor și a cerut copilului să fixeze pentru săptămâna următoare o zi când va face criza. După scurt timp, copilul a renunțat total la crize.

Palazzoli ș.a. (1978 b) a pus la punct tehnica denumită "prescriere ritualizată", tehnică utilizată în familiile unde pacienții sunt copii.

Modelul prescripției ritualizate este următorul: în zilele de marți, joi și sâmbătă, începând de mâine și până la ședințele viitoare, între orele X și Y, când toată familia este acasă, indiferent ce face pacientul Z (se menționează comportamentul simptomatic), numai tatăl va hotărî ce e de făcut cu copilul, mama comportându-se ca și cum nu ar fi prezentă. în zilele de luni, miercuri și vineri, numai mama va avea dreptul să reacționeze la comportamentul copilului Z. Duminică toată lumea trebuie să înregistreze greșelile celuilalt. Atunci când acest lucru este posibil, chiar copilul poate fi cel care notează greșelile părinților în comportamentul față de el.

Prescrierea simptomului se poate realiza în legătură cu anumite repere de timp, evenimente interne sau acțiuni ale celorlalți. O formă cunoscută este "programarea simptomelor" (Newton, 1968) care implică stabilirea unui timp și a unei durate când simptomul trebuie să se manifeste.

4) **Frânarea (reținerea).**

în cursul unei terapii se așteaptă ca terapeutul să fie suportiv. Acest tip de abordare poate duce la dependența exagerată a pacientului față de terapeut. Când sunt semne că nu se mai produce nici o modificare, terapia trebuie terminată.

Frânarea este o tehnică pentru a evita problemele de mai sus. Mesajul de frânare (reținere) are textul următor (Rohrbaugh ș.a., 1977): "pentru a te schimba, rămâi același, sau renunță!".

Tehnicile de frânare pot fi utilizate în diverse momente ale desfășurării terapiei pentru a facilita sau menține schimbările deja obținute.

5) **Inhibarea sau interzicerea schimbării**

Este o metodă care dă rezultate mai ales cu subiecții rezistenți la schimbare.

Inhibarea schimbării se realizează prin instrucțiuni de genul: "nu te modifica mai repede decât poți", "poți să te schimbi, dar fă-o încet și cu prudență!".

Interzicerea schimbării se poate realiza fie prin însăși prescrierea simptomului ("doresc să continui să faci aceasta în așa fel încât să putem vedea cât de des apare", sau "simptomul tău vrea să-ți spună ceva important pentru tine; aș dori să faci următorul experiment: săptămîna viitoare nu mai face eforturi să-ți inhibi comportamentul simptomatic și încearcă să observi ce se întâmplă"), fie direct, spunându-i-se pacientului să nu se angajeze în schimbarea comportamentului pe care dorește să-l schimbe. Această tehnică se utilizează frecvent în terapia tulburărilor sexuale (se interzice pacientului să aibă relații sexuale un timp, apoi i se spune că poate avea relații sexuale în anumite condiții special prescrise). Motivul interdicției este reducerea anxietății de performanță legată de activitatea sexuală.

O formă extremă de a aborda rezistențele la schimbare constă în declararea în fața pacientului a faptului că schimbarea e imposibilă.

6) **Prezicerea recăderilor**

Pacientului i se spune că simptomul va reapare dintr-o dată. în felul acesta, dacă simptomul reapare într-adevăr, terapeutul este cel care a prezis acest lucru, deci el are simptomul sub control. Dacă nu reapare, simptomul se află sub controlul pacientului. Când respectivul simptom se află sub controlul cuiva, el este mai puțin anxiogen și dezorganizator.

Mulți pacienți privesc reapariția simptomului ca pe o provocare în care singurul mod de a dovedi că terapeutul nu a avut dreptate este ca recăderea să nu se producă.

Adesea este avantajos nu numai să se prevadă, ci chiar să se prescrie recăderea.

7) **Exagerarea poziției pacientului**

Această strategie se aplică atunci când terapeutul acceptă şi exagerează poziția clientului său, cât şi afirmațiile pe care le face acesta despre el însuşi. De regulă, pacientul tinde să fie în opoziție cu alte persoane, inclusiv cu terapeutul.

întărind verbal poziția pacientului, terapeutul practic îl forțează să adopte un alt tip de comportament.

Madanes (1984) descrie câteva strategii bazate pe paradox, utilizate de ea cu succes în psihoterapia de familie.

1) Solicitarea părinților unui copil problemă să ceară copilului să prezinte comportamentul problemă sau reprezentarea lui simbolică (De pildă, părinții unui copil piroman erau instruiți să-i ceară acestuia să dea foc la ceva de 20 de ori pe zi, în prezența şi sub supravegherea tatălui).

2) Terapeutul trebuie să critice execuția simulată a simptomului şi să se comporte exact aşa cum se comportă de obicei atunci când copilul prezintă simptomul în mod real.

Această tehnică se utilizează atunci când avem de-a face cu un comportament involuntar şi când terapeutul realizează faptul că beneficiul interpersonal şi dependența față de ceilalți derivă din comportamentul simptomatic. Dacă beneficiul este descoperit, terapeutul trebuie să aranjeze lucrurile astfel încât acesta să fie menținut în absența comportamentului patologic respectiv.

Această abordare este potrivită când beneficiul este unul pozitiv şi constă în obținerea unor demonstrații de afecțiune, atenție a faptului de a fi împreună, sau a altor beneficii care nu sunt nocive pentru nimeni. Strategia nu se utilizează când beneficiul constă în a-şi exprima ostilitatea sau chiar a lovi pe cineva.

3) Prescrierea mimării funcțiilor simptomului.

Membrii familiei trebuie să efectueze sub formă de joc ceea ce terapeutul consideră că ar putea reprezenta funcția simptomului (de pildă, dacă fiica are tendințe de sinucidere, mama trebuie să joace rolul de depresivă pentru ca fiica să aibă grijă de ea).

Această strategie e potrivită atât pentru comportamente voluntare, cât şi pentru cele involuntare, atunci când terapeutul înțelege că beneficiul obținut de copil din simptom este util unui alt membru al familiei (de pildă, tentativa de suicid a fiicei o împiedică pe mamă să părăsească pe tată).

Strategia poate fi aplicată numai atunci când terapeutul a sesizat corect secvența metaforică a comportamentului. Ea este adecvată numai atunci când beneficiul obținut din simptom este de natură pozitivă.

4) Prescrierea unei răsturnări în ierarhia familială.

Se poate prescrie, de pildă, copilului să aibă grijă de părinți.

Această strategie se utilizează când părinții apar ca incompetenți, neajutorați, plângându-se în continuu că le-au scăpat copiii de sub control sau când părinții manifestă comportamente deviante (alcoolism, delicvență, toxicomanie).

Puşi în această situație paradoxală, părinții tind să-şi corecteze comportamentul şi să manifeste ceva mai multă responsabilitate față de copii.

5) Contractele paradoxale.

Strategia constă în a corecta două comportamente problematice la doi membri diferiți ai familiei, astfel încât dacă o persoană se angajează în comportamentul simptomatic, cealaltă persoană trebuie să facă la fel.

Ipoteza care stă la baza acestei strategii constă în aceea că persoana cu comportament simptomatic încearcă să ajute pe unul din membrii familiei. Dacă se răstoarnă situația şi comportamentul simptomatic devine nociv în loc să fie util din punctul de vedere al echilibrului sistemului familial şi dacă un comportament normal va ajuta cealaltă persoană, atunci simptomul problemă va dispărea. (De pildă, dacă tatăl continuă să bea, fiica anorectică va refuza în continuare să mănânce; dacă tatăl nu mai bea, fiica va reîncepe să mănânce).

Această strategie nu se utilizează dacă terapeutul sesizează prezența unor relații bazate pe ostilitate între membrii familiei.

6) Prescrierea simptomului cu modificarea persoanei care va prezenta comportamentul simptomatic în cadrul sistemului familial.

Autoarea porneşte de la ipoteza că dacă un alt membru al familiei va prelua rolul problemă, cel cu simptomul va fi liber să dezvolte alte tipuri de comportament. Această strategie este indicată în cazuri severe cum ar fi comportamentele antisociale, delicvența, sau unele comportamente bizare.

Se presupune în aceste cazuri că persoana cu simptom reprezintă de fapt o metaforă pentru o altă problemă de familie, prima abătând atenţia familiei de la conflictul cu o altă persoană. Din discuţii poate reieşi conflictul real, terapeutul făcând încercarea de a-l rezolva pe acesta pentru a nu mai fi necesară abordarea lui metaforică.

Nici această strategie nu se utilizează când se constată că beneficiul secundar se bazează pe ostilitate.

7) Prescrierea comportamentului simptomatic cu modificări de context.

Terapeutul indică unde, când şi cum va avea loc simptomul. Strategia aceasta se bazează pe ipoteza că modificarea contextului face imposibil ca simptomul problemă să fie o reacţie la comportamentul altui membru al familiei.

Adesea, modificările de context scot la iveală conflictul real.

8) Indicarea unor rutine cu conţinut paradoxal.

Strategia constă în a stabili un acord între membrii familiei astfel încât comportamentul problemă să aibe nişte consecinţe neaşteptate, consecinţe pe care simptomul avea menirea de a le evita. (De pildă, o soţie făcea în mod obsesiv curăţenie. Terapeutul observă că de fapt ea dorea să evite, să fie în compania soţului şi prescrie următoarea rutină: dacă soţia continuă să facă curăţenie după ora 5, soţul o va obliga să stea în pat lângă el şi să se uite la TV.)

Nu este obligatoriu ca rutinele indicate să fie neapărat paradoxale, acestea trebuie însă să se bazeze pe o ipoteză corectă cu privire la ceea ce doreşte să evite persoana simptomatică.

Această strategie se utilizează la cuplurile maritale în cadrul cărora unul din membrii prezintă fobii, anxietate sau comportamente compulsive şi când scopul comportamentului simptomatic este de a evita partenerul, de a aduce înapoi pe cineva sau de a face pe cineva să obţină un avantaj asupra celorlalţi.

9) Limitarea alternativelor şi crearea la pacient a iluziei că nu are de ales.

Această strategie se potriveşte mai curând situaţiilor de viaţă decât celor cu aspect psihopatologic.

Există persoane foarte dotate, care din cauza faptului că au prea multe posibilităţi devin nefericite de ceea ce au în prezent, punându-şi mereu problema dacă o altă alegere nu ar fi fost mai bună.

De pildă, o soţie nu ştie exact dacă vrea să se devoteze ca soţie sau doreşte să desfăşoare o activitate profesională. Terapeutul îi prezintă ca alternativă unică pe cea de soţie, forţându-i alegerea. Femeia optează pentru activitatea profesională şi astfel căsătoria se ameliorează, soţia încetând să-şi sâcâie soţul care era foarte ocupat.

10) Crearea iluziei că pacientul (de regulă copil) este singur pe lume.

Frecvent în terapia de familie se poate ivi situaţia următoare: cu cât terapeutul îi împinge mai mult pe părinţi să acţioneze responsabil şi să aibă grijă de copil, cu atât acesta devine mai neajutorat şi mai incompetent şi cu atât mai mult părinţii au tendinţa de a-l respinge.

Scopul acestei strategii este de a sparge cercul vicios în care s-a plasat familia. Pentru aceasta i se spune copilului că nu poate conta decât pe sine însuşi.

Psihoterapia prin paradox este un model psihoterapeutic centrat pe simptom. în cadrul acestui tip de pshioterapie nu se considera necesară descoperirea motivaţiilor profunde care stau la baza apariţiei simptomului, autorii sistemului fiind de părere că modificarea se poate produce şi în absenţa cunoaşterii acestora. în definirea problemei accentul cade pe întrebările: cine?, ce?, unde?, când? şi nu pe întrebarea de ce?.

Acest gen de terapie permite combinarea unor tehnici prin intervenţie paradoxală cu alte tehnici de psihoterapie scurtă, într-o manieră electică.

Prezentări de cazuri

1) **Intervenţia psihoterapeutică prin paradox în cazul unor crize cu aspect funcţional**

Pacienta N.V. în vârstă de 16 ani are frecvente internări pentru crize de pierderea cunoştinţei. Ea a primit numeroase diagnostice, inclusiv pe cel de epilepsie, deşi E.E.G.-ul era normal. Ultimul diagnostic stabilit la Spitalul "Dr. Gh. Marinescu" a fost de crize cu aspect funcţional. Tânăra era unicul copil al unei familii de intelectuali, cu bune posibilităţi materiale, însă cu mari conflicte între

părinți, conflicte ce au culminat cu divorțul acestora, pacienta rămânând cu mama. Crizele paciente au debutat la vârsta de 11 ani, la scurt timp după separarea părinților, care au continuat să locuiască împreună încă aproape un an de la divorț.

Am încercat să utilizăm o tehnică de relaxare, dar aceasta nu s-a dovedit potrivită deoarece pacienta era cuprinsă de anxietate și declanșa aproape instantaneu criza, imediat după inducerea relaxării.

Ținând seamă de acest lucru, ne-am decis să utilizăm intervenția de tip paradoxal, abordând terapeutic întreaga familie.

Am utilizat una din strategiile lui Madanes pentru familiile cu copii simptomatici, respectiv am cerut părinților fetei să solicite acesteia să simuleze că prezintă criza. Părinții criticau modul în care se desfășura criza, se asigurau dacă simptomul este mimat corect și se comportau așa cum se comportau în mod obișnuit când fata prezenta în mod real criza.

Am invitat întreaga familie la psihoterapie și am instruit părinții să ceară fetei să simuleze criza chiar în timpul ședinței de psihoterapie. în timp ce fata simula criza, părinții trebuiau s-o încurajeze și s-o susțină.

La început fata a acceptat dar foarte curând ea a refuzat să colaboreze fiind iritată de ideea de a pretinde că manifestă simptomul.

La orice semn de irascibilitate sau lipsă de politețe din partea fetei, părinții și terapeutul îi spuneau: "E bine! Iată că de fapt te prefaci că ai criza" și în același timp se grăbeau s-o încurajeze și s-o susțină afectiv.

În două săptămâni crizele au dispărut și nu s-au mai manifestat decât o singură dată, la decesul bunicii, după care au dispărut din nou.

Ipoteza care a stat la baza acestei intervenții a fost că în acest caz crizele serveau scopului de a-l aduce pe tată mai aproape de pacientă, de a-și aduna părinții împreună și în general de a obține atenția celor din jur.

Dacă fata beneficia de atenția celor din jur datorită crizelor simulate, cele reale nu mai aveau nici un motiv să se producă.

Pentru ca problema să nu mai reapară, terapeutul a stabilit, de comun acord cu părinții, ca tatăl s-o viziteze pe fată de două ori pe

săptămână, iar sâmbăta și duminica părinții divorțați să aibă program comun cu fata. De asemenea, pentru a preîntâmpina faptul că încer-cările pacientei de a rămâne împreună într-o poziție privilegiată să ia din nou o formă patologică, am recomandat încurajarea înclinațiilor ei artistice, sfătuind părinții s-o înscrie la un cerc de muzică ușoară.

S-a constatat că după dispariția crizelor pacienta a devenit capabilă să practice o tehnică de relaxare. în consecință, i s-a recomandat practicarea antrenamentului autogen cu sugestii țintite de întărirea eului.

2) **Aplicarea psihoterapiei prin intervenția paradoxală la un caz de tulburare a dinamicii sexuale.**

În cazul tulburărilor de dinamică sexuală pacientul nu luptă împotriva a ceva ca în cazul unei fobii sau a atacurilor de panică, ci pentru ceva, respectiv pentru a obține o satisfacție. Cu cât pacientul caută mai mult să obțină o satisfacție sexuală, cu atât mai mult el riscă s-o piardă. După Frankl (1962), mecanismul producerii tulburării sexuale are două aspecte de bază:

- hiperintenția;
- hiperatenția.

Cele două fenomene se întăresc unul pe altul și tulburarea se fixează prin conexiune inversă.

Pacientul, care de cele mai multe ori a avut un eșec sexual întâmplător (pe fond de oboseală sau datorat altor factori conjuncturali), abordează activitatea sexuală cu anxietate anticipatorie. Temându-se de un nou eșec, pacientul se concentrează asupra propriei sale performanțe și experiențe. Astfel, atenția se abate de la parteneră și de la acele stimulări care pot activa sexual partenera. Ca o consecință potența scade, ceea ce la rândul său produce hiperintenția pacientului și cercul vicios este gata.

Hiperintenția este contracarată printr-o tehnică denumită de Frankl (1955) "dereflecție", prin care pacientul în loc să se autoobserve, trebuie să uite de sine. Tehnica "dereflecției" face parte din arsenalul de tehnici al logoterapiei.

Pacientul P.A. în vârstă de 36 de ani este îndrumat la psihoterapie de către un medic de la Spitalul Militar Central, pentru tulburări de

dinamică sexuală. în prealabil acesta a făcut numeroase investigații clinice şi de laborator care nu au evidențiat nici o cauză organică pentru tulburarea sa (el a efectuat inclusiv investigații la Institutul de Endocrinologie).

Pacientul, aviator, cu o activitate profesională solicitantă, în relații bune cu soția şi tatăl a trei copii de care se simte foarte legat, are o legătură extraconjugală întâmplătoare pe care şi-o dorea fără con-secințe. Neşansa pacientului a fost că respectiva prietenă de ocazie întreținea relații şi cu un personaj important din ierarhia profesională din care făcea parte pacientul, ceea ce a produs izbucnirea unui scandal cu consecințe neplăcute pentru activitatea profesională şi pentru viața de familie a pacientului (soția află şi izbucnesc conflicte de familie). Consecința este instalarea tulburării de dinamică sexuală, care începe cu ejaculare precoce şi continuă cu tulburări de erecție.

Constatând absența oricăror cauze organice care stau la baza tulbu-rării, medicul militar îi recomandă psihoterapia.

Pacientul, cu un I.Q. înalt (peste 120) şi cu un nivel de cultură ridicat (lecturi foarte bogate şi variate, depăşind cu mult nivelul colegilor din profesia sa) acceptă cu plăcere ideea psihoterapiei.

Inițial am încercat să utilizăm hipnoza care s-a dovedit o tehnică foarte utilă în astfel de cazuri. Din păcate însă, pacientul a obținut un scor foarte redus la scalele de hipnotizabilitate, ceea ce ne-a determinat să recurgem la o altă tehnică psihoterapeutică. Ne-am oprit asupra tehnicii de intervenție paradoxală, în varianta ei mai veche utilizată de Frankl.

Am utilizat cu acest pacient următoarea strategie:

Pacientul a fost sfătuit să-şi informeze soția (care după conflictul inițial s-a dovedit cooperantă şi dispusă a-şi ajuta soțul la care ținea foarte mult) că dificultățile sale sexuale nu sunt serioase şi că prognosticul este favorabil.

El este instruit, de asemenea, să-şi anunțe partenera că actul sexual propriu-zis îi este cu desăvârşire interzis o anumită perioadă de timp, el având dreptul să practice doar jocul erotic bazat pe tandrețe reciprocă.

În această situație partenera nu are nici un fel de expectație de la pacient şi acesta este relaxat, pentru că nu se mai aşteaptă ceva de la el. Adesea, partenera este mirată de potența bărbatului, dar îl respinge din cauza recomandării terapeutului. Numai atunci când pacientul nu are alt scop decât jocul erotic, se poate sparge cercul vicios care a dus la instalarea tulburării.

În acelaşi timp pacientul este instruit să nu se gândească deloc la propria persoană, concentrându-se exclusiv asupra partenerei.

După aproximativ două săptămâni partenera (fără ştirea soțului) este instruită de către terapeut să nu-şi mai respingă soțul şi să conducă lucrurile în aşa fel încât actul sexual să se desfăşoare normal.

În acest caz, intervenția de tip paradoxal a dat rezultate foarte bune, pacientul reuşind să-şi depăşească dificultatea.

Ținând seama de marea dorință de autoperfecționare a pacientului, i-am recomandat acestuia să practice în continuare un program de exerciții de Hatha-Yoga, ca tehnică de creştere a rezistenței la stres şi autoreglare a stărilor psihice.

3) **Utilizarea tehnicii prin intervenție într-un caz de insomnie.**

Pacientul M.N. în vârstă de 60 de ani este trimis la psihoterapie de către medicul psihiatru pentru insomnii rebele la tratament.

De profesie profesor de educație fizică, M.N. a ocupat o funcție de conducere în ierarhia mişcării sportive, el fiind ocupat de dimineață până seara cu serviciul şi efectuând numeroase deplasări în străinătate cu echipele sportive. La începutul anului 1988 pacientul este obligat să se pensioneze deoarece o rudă a sa plecase ilegal din țară şi în timpul regimului trecut el nu mai putea deține o funcție de răspundere şi nu mai primea viză pentru deplasări în vest. Pacientul este căsătorit, dar nu are copii.

Găsindu-se brusc fără ocupație, de unde până atunci fusese hiperactiv şi eficient, M.N. dezvoltă o insomnie rebelă la tratament obişnuit. După nenumărate încercări neizbutite cu diverse scheme medicamentoase şi temându-se să crească prea mult doza de somnifere pentru a nu deveni dependent de acestea, pacientul acceptă psihoterapia.

Antrenamentul autogen şi hipnoza dau rezultate slabe: pacientul adoarme mai repede, dar se trezeşte după 2-3 ore de somn şi nu mai adoarme până dimineața.

Ţinându-se seamă de această situaţie am încercat tehnica abordării paradoxale, după modelul utilizat de Haley (1984).

S-a utilizat următoarea strategie, care a constat în prescrierea unor sarcini paradoxale:

Valorizarea pozitivă: "deşi ai insomnii, ai un psihic puternic"; "alţii în situaţia ta ar fi făcut tulburări mai grave."; "simptomul doreşte să-ţi spună ceva."

Sarcinile paradoxale:

I s-a recomandat pacientului ca ori de câte ori se trezeşte în timpul nopţii să se îmbrace în trening şi indiferent de vremea de afară să alerge timp de o jumătate de oră în jurul şcolii din faţa blocului său. După revenirea în casă, acesta nu trebuie să se culce ci trebuie să cureţe bucătăria şi să spele vasele lăsate special de soţie.

După mai puţin de o săptămână pacientul a reînceput să doarmă liniştit 6-7 ore pe noapte. Terapeutul a menţinut indicaţia: "dacă ţi se întâmplă să te trezeşti, ai de alergat şi apoi de făcut curăţenie în bucătărie!".

Pentru a reduce şi cauza care a generat insomnia i s-a recomandat pacientului să-şi găsească o jumătate de normă de antrenor, pentru a avea o ocupaţie şi a se simţi util.

4) **Utilizarea intervenţiei paradoxale în cazul unui cuplu cu frecvente conflicte conjugale.**

Un cuplu de intelectuali în jur de 30 de ani se prezintă la psihoterapie, deoarece soţia nu mai suporta reproşurile frecvente şi violente ale soţului pentru o legătură pe care aceasta a avut-o înaintea căsătoriei. Soţia afirmă că soţul o sâcâia permanent, agresând-o verbal şi uneori chiar fizic. Interogat, la rândul său, acesta afirmă că nu-şi poate stăpâni mânia pentru că soţia sa a iubit pe altcineva înainte.

Strategia utilizată viza prescripţia simptomului cu o mică modificare de context (Madanes, 1984). Terapeutul a explicat cuplului că pentru soţ este important să-şi manifeste sentimentul de frustrare, iar pentru soţie să-l asculte cu o atitudine simpatetică.

S-a indicat ca în fiecare dimineaţă, soţii să se trezească cu o jumătate de oră mai devreme şi înainte de a-şi bea cafeaua să se aşeze în sufragerie, unul în faţa celuilalt, soţul făcând reproşuri soţiei pentru legătura din tinereţe, iar aceasta ascultându-l cu răbdare şi răspun-zându-i stereotip: "îmi pare rău, dragul meu".

Acelaşi ritual urma să se repete şi seara înainte de vizionarea programului TV.

Deşi aparent instrucţiunea paradoxală favoriza comunicarea şi exprimarea vechilor resentimente şi conflicte, ea urmărea de fapt blocarea comunicării, soţia dând un răspuns stereotip şi reducând expresia ostilităţii soţului la un discurs ridicol de 15 minute.

Cuplul a urmat instrucţiunea timp de 10 zile, după care a izbucnit conflictul real. Soţia, în loc să-i mai răspundă stereotip, a izbucnit în reproşuri şi lacrimi, manifestându-şi gelozia pentru atenţia pe care o acorda soţul unei prietene de familie.

A apărut la iveală faptul că soţia era profund geloasă şi că interacţiunea cuplului în jurul legăturii din tinereţe a soţiei era de fapt o metaforă care ascundea conflictul real legat de preferinţa soţului pentru o altă femeie.

Într-un stadiu ulterior al terapiei au fost renegociate relaţiile dintre soţi, ei fiind sfătuiţi să-şi exprime deschis nemulţumirile şi să desfăşoare activităţi comune al căror conţinut să-l discute împreună.

Relaţiile din cadrul cuplului s-au ameliorat simţitor, divorţul fiind evitat.

CAPITOLUL 12
METAFORĂ ŞI RITUAL ÎN PSIHOTERAPIE

Metafora este o figură de stil care constă în a acorda unui termen o semnificaţie nouă în virtutea unei comparaţii subînţelese. Metaforele sunt utilizate frecvent atât în limbajul curent, cât şi în psihoterapie. Rolul psihoterapeutic al metaforelor este cunoscut din cele mai vechi timpuri, ele fiind înglobate în cadrul metodelor tradiţionale de tratament. Astăzi, clinicieni de cele mai diverse orientări terapeutice redescoperă utilitatea lor în psihoterapie.

Erikson (1935, 1944) şi Kopp (1971, 1972) au adus o contribuţie însemnată la implementarea acestei tehnici psihoterapeutice.

Psihanaliştii tind să interpreteze metaforele utilizate de pacienţi prin prisma conceptelor analitice.

După Richards (1936) o metaforă simplă constă din doi termeni ce presupun o relaţie dintre ei. De exemplu, în metafora "George este un leu", avem primul termen, pe George, care reprezintă subiectul metaforei şi al doilea (este un leu) care reprezintă predicatul său, "vehiculul" metaforei.

"Sunt alergic la lumea asta", spunea un pacient care purta două pulovere în toiul verii.

Perrine (1971) clasifică metaforele simple în funcţie de caracterul lor implicit sau explicit. în psihoterapie de cele mai multe ori atât subiectul cât şi vehiculul (predicatul) metaforei au un caracter implicit, terapeutul având sarcina să descopere ceea ce este implicit şi să faciliteze schimbarea pacientului. Relevanţa psihoterapeutică a metaforelor se bazează pe faptul că limbajul utilizat de pacient este un indicator al conţinutului gândirii acestuia. Pacientul tinde să-şi descrie adesea problemele sub formă metaforică, acest element constituind un punct de plecare pe baza căruia clinicianul îşi construieşte planul psihoterapiei.

Heynes (1975) arată că insight-ul pe care îl sugerează o bună metaforă deschide drumul pentru noi întrebări şi ipoteze care fertilizează demersul psihoterapeutic.

Bruner (1957) şi Rotenberg (1979) consideră abordarea metaforică un mod de gândire creatoare. în cursul psihoterapiei terapeutul are sarcina să deblocheze energia creatoare a pacientului împingându-l pe drumul rezolvării propriilor probleme. Imaginile şi propoziţiile metaforice vor acţiona ca planuri de acţiune pentru terapeut şi pacient.

În psihoterapie se poate face apel la o singură metaforă cu caracter esenţial, care reprezintă "cheia" problemei sau la mai multe metafore care vizează obiective mai limitate din cadrul unui demers psihoterapeutic mai complex, adesea electic.

Formele sub care se utilizează metaforele în psihoterapie sunt: afirmaţiile cu caracter metaforic făcute de pacient sau terapeut, poveştirile cu conţinut metaforic, producţiile imaginative, metaforice şi acţiunile sau ritualurile metaforice.

Funcţiile principale pe care le îndeplinesc metaforele în psihoterapie sunt următoarele:

- Descoperirea şi conştientizarea unor aspecte esenţiale ale problematicii psihopatologice a pacientului (formularea problemelor).

Prin intermediul unei metafore bine alese pacientul învaţă să-şi recunoască propriile probleme.

- Sugerarea unor soluţii posibile de rezolvare a problemelor pacientului.
- întărirea motivaţiei pacientului de a se angaja în demersul psihoterapeutic.
- Stabilirea relaţiei terapeutice şi controlarea acesteia pe parcursul psihoterapiei.
- Stabilirea unor scopuri şi direcţii posibile de acţiune pentru pacient.
- Reducerea rezistenţelor pacientului.
- Stabilirea unor modele indirecte de comunicare cu pacientul.
- Reconstrucţia şi întărirea ego-ului pacientului.
- Implantarea în psihicul pacientului a speranţei că are încă resurse nebănuite (latente) pentru a face faţă propriilor probleme.

Experienţa psihoterapeuţilor a arătat faptul că strategiile metaforice se pot utiliza foarte eficient combinându-se cu tehnici de relaxare sau hipnoză.

Prezentăm în cele ce urmează principalele strategii metaforice utilizate în literatura de specialitate:

1) **Tehnica imaginației metaforice dirijate.**

Această abordare se deosebește de cele în cadrul cărora conținutul celor imaginate este foarte riguros precizat, ca de pildă în tehnica imaginării afective dirijate din psihoterapia dinamică a lui Leuner (1978) sau ca în tehnica retrăirii unor situații psihotraumatizante trecute din cadrul hipnoterapiei orientate comportamentalist (Kroger și Fetzler, 1976).

În fazele de început ale psihoterapiei pacientul este ajutat să-și creeze imagini metaforice care apoi vor deveni puncte de plecare pentru tehnica imaginării metaforice dirijate prin intermediul cărora se va încerca modificarea acestuia.

Van der Hart (1985 b) descrie cazul unui pacient de 38 de ani, depresiv, cu idei suicidare. Acesta își descria situația în termeni de tipul: "nu mai văd nici o cale de ieșire" și consideră sugestiile date de terapeut ca fiind lipsite de sens. Terapeutul, simțind că pacientul posedă încă suficientă energie care să poată fi utilizată în psihoterapie, a dus la viață metafora de nucleu (care exprima esența problemei pacientului); "nu văd nici o cale de ieșire", solicitându-l pe acesta să vizualizeze ideea că nu vede nici o cale de ieșire și apoi oferindu-i sprijin pentru a găsi o cale de ieșire. în mod concret, terapeutul a procedat astfel: după inducția hipnotică i se sugerează pacientului că se află la capătul de sus al unei scări cu 12 trepte, scară pe care trebuie s-o coboare pentru a ajunge la capătul unui culoar întunecos cu o singură ușă. Această sugestie presupune faptul că deși pacientul putea să nu vadă ieșirea, trebuie să existe totuși o ieșire. în continuare, terapeutul îi sugerează pacientului să descopere ușa pe pipăite (utilizarea unei metode senzoriale). Se sugerează apoi că pacientul găsește ușa și o deschide. Spațiul de afară este tot mai întunecos dar se poate zări o rază de lumină în depărtare. Terapeutul îl încurajează pe pacient să-și găsească drumul prin tunelul care se deschide. în tunel pacientul trăiește imaginar o serie de experiențe psihotraumatizante cum ar fi deplasarea pe nisipuri mișcătoare, întâlnirea cu animale terifiante etc.

La trezire pacientul manifestă amnezie față de conținutul imaginativ trăit. După două săptămâni pacientul a raportat schimbări dramatice în atitudinea și comportamentul său, devenind mai optimist și

încercând să ia unele măsuri pentru a-și îmbunătăți situația personală. într-o fază ulterioară a terapiei discuția psihoterapeutică se desfășoară pe tema modului în care pacientul își va găsi singur soluția de viață.

Într-un alt caz (Witzum, Van der Hart și Barbara Friedman, 1988) o femeie de 43 de ani a solicitat sprijin pentru o serie de tulburări cum ar fi: dureri puternice în zona lombară (fără o cauză organică), anxie-tate generalizată, instabilitate emoțională și tendința de izolare socială.

La prima întâlnire pacienta și-a impresionat terapeutul părând o persoană tare și sigură de sine, după care a izbucnit în plâns ripostând cu o metaforă: "problema mea este că nu am coloană vertebrală".

Terapeutul a solicitat-o să se relaxeze și să-și prezinte mental coloana vertebrală. Rezultatul imaginării era că pacienta își imagina că are coloana vertebrală normală până în zona lombară, de unde aceasta este atât de moale încât nu-i mai poate susține trupul. întrebată de terapeut cum poate sta în picioare, pacienta spune că și-a făurit un corset metalic imaginar care o face să pară puternică în ochii celorlalți. Deși corsetul o deranjează, ea nu poate trăi fără el. în cursul psihoterapiei prin tehnica imaginării metaforice dirijate i se sugerează că deși corsetul imaginar o susține, el strânge corpul și nu dă posibi-litate coloanei să se dezvolte normal. (Din anamneză rezultă că la vârsta de 11 ani pacienta a rămas orfană, a fost internată într-un orfe-linat, fiind separată de sora ei. Acolo ea a fost nevoită să devină puternică pentru a face față condițiilor dure.)

Imaginea metaforică a mers pe ideea de a-i sugera pacientei că scoate câte puțin corsetul imaginar, timp în care simte cum oasele i se întăresc progresiv.

2) **Tehnica poveștilor terapeutice metaforice.**

Odată determinată problema principală a pacientului, terapeutul poate adopta tehnica povestirii metaforice, care îl va ajuta pe pacient ă-și recunoască mai bine problema și să găsească soluții de a o ezolva.

De pildă, o femeie de 41 de ani se prezintă la psihoterapie pentru rmătoarea simptomatologie: dispoziție depresivă, anxietate, obo-

seală, supraîncordare, insomnii, acuze somatoforme şi abuz de alcool. Femeia era o cercetătoare valoroasă în domeniul tehnic, mamă a doi copii, despărţită de soţ, cu funcţie de conducere la locul de muncă şi aflată în faza de redactare a tezei de doctorat şi în competiţie profesională cu un coleg valoros.

Terapeutul i-a prezentat următoarea povestire metaforică (adaptată după un caz citat de Van der Hart, 1988):

"A fost odată o fată de împărat frumoasă şi sensibilă căreia îi plăcea să se plimbă, să culeagă flori, să privească cerul. A venit o vre-me când tatăl ei, împăratul, a murit şi ea a trebuit să conducă singură împărăţia. Totul a mers bine până când un zmeu a atacat împărăţia ei. Atunci, o zână bună i-a spus că ea nu-şi poate salva împărăţia decât dacă găseşte copacul liniştii şi fericirii. {i a plecat fata la un drum lung, prin păduri, peste munţi, prin pustiuri. Pentru a se feri de primejdii s-a îmbrăcat cu haine bărbăteşti. Ea căra în spate un rucsac ce devenea tot mai greu pentru că fata avea obiceiul să-l tot încarce cu pietre. Oamenii care o vedeau cărând povara o compătimeau, dar asta nu făcea decât s-o înfurie şi să o ambiţioneze să-l care mai departe. Deodată ea şi-a dat seama că nu mai poate înainta, s-a aşezat, a dat rucsacul jos, l-a deschis şi a examinat pietrele una câte una. Atunci a văzut că aproape toate nu aveau valoare şi le-a aruncat păstrând doar două. Cu rucsacul uşor ea a ajuns la copacul liniştii, unde s-a aşezat şi şi-a oferit răgazul să admire natura...".

La şedinţa următoare pacienta a venit amuzată şi i-a spus terapeutului că s-a gândit mult la povestea lui şi că ar fi bine să se mai elibereze de încărcăturile inutile pe care singură şi le-a luat şi să-şi ofere un răgaz de odihnă şi distracţie.

3) **Tehnica afirmaţiilor metaforice utilizate de terapeut**

Acestea au menirea să producă la pacient clarificări, conştientizări, interpretări şi în cele din urmă modificarea modului metaforic de gândire al pacientului. Astfel, pentru un pacient cu o tulburare reactivă post-traumatică (participase la războiul din Vietnam, unde suferise un şoc puternic) şi care manifesta permanent tendinţa de a părăsi locurile de muncă, de a se muta în altă localitate şi în cele din

urmă de a se refugia în casa părintească, s-a utilizat metafora: "ai tendinţa să te ascunzi într-o vizuină pentru că afară e vânătoare şi se trage!". (Witzum, Van der Hart şi Barbara Friedman, 1988)

4) **Afirmaţiile metaforice făcute de pacient**

Pacienţii îşi exprimă frecvent suferinţele sub formă de metaforă: "*mă simt ca într-o capcană*"; "*ceilalţi mă privesc de sus*" etc.

Fernandez (1977) denumea aceste metafore "metafore de nucleu", deoarece ele exprimă lucruri esenţiale pentru pacient. Când aceste metafore nu sunt conştientizate, ele reprezintă ceea ce literatura de specialitate numeşte "metafore înghe̦ţate". Conştientizarea sensului lor le aduce la viaţă, ele devenind excelente puncte de plecare pentru demersul psihoterapeutic viitor. Când la pacient se produce schimbarea, se modifică şi aceste afirmaţii metaforice care devin indicatori ai progresului terapeutic.

Astfel, un pacient spunea la începutul tratamentului: "nu mai suport murdăria pe care o am în mine", iar la sfârşitul acestuia spunea: "mă simt din nou curat pe dinăuntru".

Unele metafore pot reprezenta pentru pacient "simboluri condensate", având pentru acesta mai mult decât un singur sens şi fiind puternic încărcate emoţional (Sapir, 1934; Tuner, 1967).

5) **Metaforele ca mijloc de comunicare dintre terapeut şi pacient.**

Povestirile metaforice pot avea şi rolul de a face legătura dintre pacient şi psihoterapeut, ajutându-l pe acesta din urmă să se conecteze afectiv cu pacientul. Lankton şi Lankton (1987) denumesc aceste metafore – "metafora de intrare în rezonanţă". Rolul lor este de a capta atenţia pacientului şi de a-l angaja afectiv în relaţia psihoterapeutică.

De pildă, pentru o pacientă de 27 de ani, divorţată, cu 2 copii, maltratată în copilărie de un tată alcoolic şi agresiv, dezamăgită de soţ şi apoi de prieten, cu o mare nevoie de afecţiune şi care refuza comunicarea directă cu terapeutul, deşi a venit la cabinet pentru ajutor, s-a utilizat o povestire metaforică de tipul: "A fost odată un copil singur, trist şi speriat, care trăia într-un deşert şi căruia îi era mereu sete...". Prin intermediul metaforei terapeutul comunica cu pacientul într-un mod indirect, neamenin̦ător.

În cursul hipnoterapiei imaginea metaforică poate servi şi unui obiectiv terapeutic precis, nu numai pentru a-l face pe pacient să-şi lămurească mai bine problemele... De pildă pentru pacienţii anxioşi, care se tem să intre în hipnoză, pentru a nu-şi pierde autocontrolul se poate sugera că ei se refugiază într-un loc imaginar sigur, unde se simt apăraţi.

Walch (1978) descrie tehnica "balonului roşu" prin care pacientul se eliberează de anxietate, teamă, iritare, tensiune. El îşi imaginează o nacelă ataşată de un balon roşu, în care îşi aşează toate sentimentele negative de care doreşte să se elibereze. Când balonul îşi ia zborul, pacientul trăieşte un puternic sentiment de eliberare. Metaforele pot fi utilizate şi pentru a sugera amnezia posthipnotică pentru acele evenimente psihotraumatizante cărora încă pacientul nu e pregătit să le facă faţă. De pildă, în stare de hipnoză pacientul este instruit să-şi imagineze un safe în care aşează amintirile psihotraumatizante. Uşa se încuie şi pacientului i se sugerează că îşi va reaminti cifrul doar în prezenţa psihoterapeutului.

6) **Acţiunile sau ritualurile metaforice**

Barker (1985) subliniază utilitatea unor acţiuni cu caracter metaforic pe care trebuie să le îndeplinească pacientul în scop curativ. Ritualurile psihoterapeutice prescriu anumite acţiuni pacienţilor în scopul de a simboliza experienţele şi relaţiile dintre ei şi în final pentru a-i modifica. Această strategie psihoterapeutică presupune trasarea unor sarcini menite să-i ajute pe pacienţi să-şi rezolve problemele. Se utilizează şi acţiuni cu caracter pur instrumental, cum ar fi aceea de a-şi lua abonament şi a merge de două ori pe săptămână la piscină, majoritatea însă având un predominant caracter simbolic.

Selvini Palazzoli şi alţii (1974) au denumit sarcinile în care predomină conţinutul simbolic "ritualuri terapeutice".

Andolfi (1983) şi Papp (1983) au utilizat tehnica ritualurilor psihoterapeutice în psihoterapia de cuplu, iar Mills şi Crowley (1986) în psihoterapia la copii (desene metaforice, tehnica teatrului de păpuşi).

Sargent (1988) utilizează în cazul unui cuplu familial aflat în criză ritualul "îngroparea căsătoriei". Ei erau solicitaţi să îngroape în mod solemn anumite obiecte ce simbolizau vechea lor căsătorie. Apoi trebuiau să realizeze un început nou, printr-un ritual de revenire, ca de pildă o masă cu prieteni, care să simbolizeze o nouă căsătorie.

În practica noastră am întâlnit o tânără de 16 ani care a fost victima unui viol. Ea prezenta anxietate accentuată, dispoziţie depresivă, tul-burări de atenţie şi memorie, dezinteres pentru activitatea şcolară, tulburări de somn şi trăirea unui puternic sentiment că este impură. Am utilizat cu ea, printre alte tehnici, "ritualul de purificare": fata a fost instruită să ţină o zi post negru. Apoi, în colaborare cu mama, ea a trebuit să dea foc lucrurilor cu care a fost îmbrăcată când i s-a întîmplat nenorocirea. în continuare i s-a indicat să facă duş purifi-cator pentru a spăla trecutul, cu ideea că va începe o existenţă nouă.

Un băiat de 15 ani a fost brutalizat de un tată alcoolic. Deşi mama a divorţat şi a luat copilul, acesta a dezvoltat atacuri de panică, tulburări de somn, labilitate emoţională şi idee obsesivă că bunica din partea tatălui (din mediu rural, despre care auzise că s-ar ocupa de vrăji), l-ar putea influenţa să revină la tatăl său de care se temea puternic. I-am recomandat copilului să utilizeze ritualul: "ecranului de protecţie" (el trebuia să se aşeze într-o poziţie de meditaţie specifică sistemului Yoga, să inspire, să oprească respiraţia concentrându-se pe ideea că este în siguranţă. în timpul expiraţiei el era solicitat să-şi imagineze că îşi construieşte un ecran de protecţie care îi înconjoară corpul şi îl fereşte de orice acţiune magică).

Experienţa noastră clinică precum şi literatura de specialitate pledează pentru ideea că valoarea psihoterapeutică cea mai ridicată o au metaforele în tratamentul tulburărilor psihice posttraumatice. în astfel de cazuri, a ataca direct şi frontal problema ar fi prea anxiogen pentru pacient. Metaforele au rolul de a dezactiva mecanismele de apărare ale eului fără a creşte anxietatea.

De asemenea, pledăm pentru ideea includerii metaforelor terapeutice în cadrul unor modele psihoterapeutice mai complexe care să includă şi alte tipuri de abordări strategice.

CAPITOLUL 13
METODE DE PSIHOTERAPIE UTILIZATE ÎN CAZUL COPIILOR CU PROBLEME

În clinica de neuropsihiatrie infantilă tratamentul medicamentos este adesea asociat cu psihoterapia şi cu activitatea de asistenţă socială.

Reamintim faptul că psihoterapia este definită ca o formă de tratament psihologic în cadrul căreia agentul terapeutic principal îl reprezintă relaţia şi comunicarea dintre terapeut şi pacient.

Deşi există multe sisteme psihoterapeutice, care se deosebesc atât în ceea ce priveşte baza teoretică cât şi prim modul în care funcţionează relaţia şi comunicarea dintre terapeut şi pacient, în toate tipurile de psihoterapie este importantă înţelegerea semnificaţiei unui anumit tip de comportament cât şi învăţarea pacientului să facă faţă mai bine problemelor sale emoţionale.

Iniţial psihoterapia a luat un mare avânt datorită apariţiei psihanalizei şi terapiei analitice, care consideră că tulburările psihice au la bază mecanisme de natură inconştientă şi care pun accent pe realizarea "insight"-ului în ceea ce priveşte conflictele de natură inconştientă.

Psihoterapia analitică la copii a fost dezvoltată de Anna Freud, Melanie Klein şi Michael Fordham.

Modelul de funcţionare a psihismului uman cât şi realizarea insight-ului asupra problemelor subiectului fac parte astăzi din aproape toate sistemele de psihoterapie, indiferent de orientarea teoretică, deoarece este evident că anumite modele de comportament pot avea o semnificaţie simbolică sau un sens ascuns. (Astfel, de pildă, supărarea cu şeful poate fi transferată asupra soţiei sau uităm să ne ducem la o întâlnire la care nu vrem să ne ducem.)

Până şi psihologii behaviorişti de orientare mai recentă au fost de acord că există mecanisme de natură inconştientă ale comportamentului uman, cât şi o simbolistică ce stă în spatele conduitei manifeste.

În varianta ei tradiţională, psihoterapia analitică durează mai mulţi ani. Accentul cade doar pe ceea ce se petrece în timpul şedinţei de

analiză, terapeutul refuzând să se ocupe de problemele pe care le are copilul în restul timpului şi evitând în mod deliberat să ia contact cu părinţii sau cu alţi membri ai familiei copilului. Acest mod de abordare ia prea mult timp şi porneşte de la prejudecata că orice tulburare psihică îşi are rădăcinile în procese intrapsihice. Din acest motiv s-au căutat noi variante de abordare psihoterapeutică a copilului, modificările vizând mai ales următoarele aspecte:

1. Deplasarea accentului pe psihoterapii de scurtă durată.
2. Acordarea unei atenţii sporite conflictelor de natură conştientă şi rolului factorilor de mediu în generarea şi întreţinerea tulburării psihice a copilului.
3. Deplasarea atenţiei de la tratamentul individual al copilului spre psihoterapia de familie, urmărindu-se interacţiunile şi comunicările dintre membrii familiei.
4. O preocupare mai redusă în legătură cu interpretarea mecanismelor intrapsihice şi o întărire a accentului asupra relaţiei copil - terapeut, ca un agent terapeutic de maximă importanţă.

În cadrul psihoterapiilor scurte se realizează o focalizare clară a obiectivelor, stabilindu-se scopuri realiste pentru strategia terapeutică.

Limitarea în timp necesită o strategie terapeutică mai precis direcţionată, o activitate mai susţinută a terapeutului şi o mai mare responsabilitate a acestuia. Terapeutul trebuie să se bazeze şi pe forţa curativă a familiei, ajutându-i pe membrii acesteia să facă faţă problemelor lor interne şi intepersonale.

În afară de observaţiile şi interpretările utilizate în psihoterapia analitică tradiţională, terapeuţii moderni mai utilizează şi sfaturile, asigurările şi direcţionarea comportamentului copilului.

Trebuie făcută precizarea că studiile mai recente în domeniul psihoterapiei (*Rutter, 1990*), au condus la următoarele concluzii:

a) Există diferenţe semnificative între terapeuţi în ceea ce priveşte eficienţa terapiei.

b) Indivizi cu caracteristici diferite de personalitate pot beneficia de forme diferite de psihoterapie.

c) Psihoterapeuţii entuziaşti şi implicaţi au mai mult succes decât cei neinteresaţi, sceptici şi pesimişti.

d) Cercetările au arătat că terapeuții care nu sunt calzi, empatici și deschiși pot să-i facă pe pacienții lor să se simtă mai rău decât înainte.

➤ Psihoterapiile individuale la copii

Psihoterapia individuală este indicată mai ales când avem de-a face cu o tulburare emoțională datorată unor conflicte de natură interioară sau a unor agenți stresanți care au acționat în trecut sau care acționează în prezent și despre care copilul **simte** că nu le poate face față, agenți stresanți ce nu țin de patternul de comunicare din cadrul familiei (dificultăți ce apar din modul în care copilul sau adolescentul percepe situația).

La copiii mai mici adesea o comunicare se realizează mai bine sub formă de joc și din acest motiv și psihoterapia prin joc este mai eficientă. dar jocul prin el însuși nu reprezintă o psihoterapie, ci el facilitează comunicarea. Folosind într-un anumit fel jucăriile, copii exprimă sentimente și trăiri (plastelină, păpuși, animale, soldați, armament, creioane colorate, păpuși ce reprezintă pe mama, tata, bunici, frați, surori pot ajuta pe copil să-și exprime mai bine sentimentele).

La copiii mai mari sau adolescenți se pot analiza visele și se pot stimula copiii să vorbească deschis despre trăirile lor.

Metoda teatrului de păpuși, în care copilul reface scene din propria familie, pare a fi foarte utilă. Se observă sentimentele de ostilitate și se pot întrevedea și noi soluții.

Terapeutul este adesea confruntat cu o opoziție deschisă când încearcă să abordeze direct problemele copilului; dacă el se preface că nu știe că băiețelul de pe scenă este același cu pacientul, problemele pot fi discutate cu acesta.

Pentru mulți copii este important să aibă încredere în terapeut, să știe că există cineva pe care se pot baza cu adevărat, ceea ce în familiile cu probleme adesea nu se poate realiza.

Deși există abordări psihoterapeutice foarte diferite, majoritatea terapeuților sunt de acord cu Reisman (1973) că trebuie respectate următoarele principii;

1. O înțelegere clară a naturii dificultăților psihologice ale copilului și a mecanismelor care stau la baza acestora.

2. Terapeutul trebuie să-l asculte cu multă răbdare pe copil și să-i ofere posibilitatea de a-și exprima sentimentele și credințele sale. Aceasta înseamnă că terapeutul nu trebuie să-și impună propriile opinii, iar situația terapeutică trebuie astfel structurată pentru a facilita comunicarea.

3. Terapeutul trebuie să arate copilului că înțelege problemele sale și că are dorința sinceră de a-l ajuta.

4. Atât terapeutul cât și copilul trebuie să definească scopul și obiectivele întâlnirilor lor. Nu întotdeauna aceste obiective se suprapun cu exactitate peste motivele pentru care copilul a fost adus la psihoterapie, dar e important ca pacientul să realizeze faptul că psihoterapia are un scop precis.

5. Terapeutul trebuie să precizeze clar ce anume este ineficient sau neadecvat în comportamentul copilului.

6. Atunci când are de-a face cu un comportament care este dependent de un anumit tip de interacțiune socială, terapeutul trebuie să modifice respectivul comportament concentrându-și atenția asupra respectivei interacțiuni. În cazul în care situația este de așa natură, el trebuie să se concentreze asupra psihoterapiei de familie, mai curând decât asupra psihoterapiei individuale. Dacă dificultățile sunt legate de școală, tratamentul trebuie centrat în această direcție, respectiv pe consultarea și colaborarea cu profesorii. Dacă dificultățile copilului stau în interacțiunile sale cu alți copii, este indicată psihoterapia de grup cu copiii care au probleme asemănătoare.

7. Terapeutul trebuie să decidă încheierea terapiei atunci când avantajele încheierii acesteia sunt mai mari decât avantajele continuării ei. Adesea terapia trenioe încheiată înainte ca copilul să fie integral restabilit, vindecarea completă fiind în unele situații nerealistă, fiind ineficient să continuăm tratamentul atunci când acesta pare să nu mai conducă la progrese.

8. În timpul psihoterapiei este bine să se precizeze limite exacte pentru comportamentul copilului și, cu excepția unor situații extreme, nu trebuie permis copilului să desfășoare un comportament agresiv sau destructiv.

Majoritatea copiilor se vor simți mai bine și mai securizați dacă știu precis ce au voie să facă și ce nu.

Pentru a rezolva aceste situații se pot utiliza aparate pe bază de biofeed-back. Astfel, Rutter (1990) citează cazul lui Gilbert, care era un adolescent cu o tulburare neurologică care îi provoca o permanentă încordare şi întoarcere a gâtului, asociată cu dureri şi tensiune în muşchii cefei şi gâtului. Aceasta îi crea probleme la şcoală pentru că provoca râsul colegilor şi în acelaşi timp îl deranja din scris. Deşi tulburarea neurologică nu a putut fi integral rezolvată, s-a considerat că situația copilului ar putea fi ameliorată dacă acesta ar învăța să-şi relaxeze voluntar muşchii gâtului. Fără un aparat biofeed-back el nu a reuşit să realizeze acest lucru pur şi simplu pentru că nu ştia ce grupe musculare sunt afectate de spasmul muscular.

e) Încurajarea şi descurajarea

Reprezintă un principiu de bază al comportamentului uman în cadrul căruia se postulează că anumite comportamente tind să se perpetueze, dacă atrag după sine o întărire pozitivă, sau tind să dispară dacă sunt întărite negativ.

Principiul terapeutic constă în a fragmenta comportamentul în paşi mici, în care şansele de succes sunt maxime şi în acordarea copilului a feed-back-ului imediat legat de succes sau eşec.

Terapia are succes mai ales dacă se încurajează elementele pozitive în comportamentul copilului. (De regulă, în viața cotidiană se țipă la el când face ceva rău sau adulții se plâng în continuu de comportamentul copilului. Se pot utiliza lauda şi dojana, dar şi recompense materiale cum ar fi jetoanele pe care copilul le poate schimba pe dulciuri sau jucării).

Pentru comportamentele negative cel mai bine este să le ignorăm, astfel încât acestea să nu atragă după sine recompense.

(Este cunoscut faptul că, dacă copilul urlă vine mama şi îl mângâie.)

Terapeutul şi părinții trebuie să fie atenți şi la pedepse. Uneori acestea pot ascunde o recompensă mascată ca de pildă, copilul la care se țipă în clasă, beneficiază de atenția colegilor şi învățătoarei.

Pedepsele prea severe pot provoca panică şi resentimente: - utilizarea prea frecventă a pedepselor poate oferi copilului un exemplu negativ, acesta utilizând mai târziu, în viață, modele agresive şi bazate pe violență în relație cu partenerul de viață şi cu propriii săi copii.

➤ Psihoterapiile de familie

Aproape toți psihologii şi psihiatrii din rețeaua de copii au ajuns la concluzia că în foarte multe cazuri originea problemelor copilului constă în existența unor probleme în familie.

Psihoterapia de familie se caracterizează prin aceea că toată familia este văzută de terapeut împreună, atenția fiind îndreptată spre interacțiunile din cadrul familiei şi mai puțin pe problemele copilului. În cadrul acesteia trebuie să ținem seama de următoarele aspecte (*Rutter, 1990*);

1. Problema de bază îşi are originea în comunicările din cadrul familiei, membrii familiei având dificultăți să se înțeleagă unii pe alții, să ajungă la un acord, sau să comunice cu alte persoane.
2. Această problemă reprezintă factorul major care produce tulburarea şi care conduce familia la solicitarea unui ajutor.
3. Pentru ca terapia să aibă succes trebuie să existe legături emoționale strânse între membrii familiei (acestea pot fi şi de coloratură negativă - resentimente, ură, dar psihoterapia de familie are rezultate mai ales atunci când există legături afective pozitive şi chiar când ostilitatea şi rejecția au la bază o căldură afectivă mascată).
4. Trebuie să existe dorința sau nevoia membrilor familiei de a rămâne împreună unii cu alții. Dacă părinții sunt în prag de divorț sau dacă copilul este pe cale de a părăsi familia, acest gen de psihoterapie nu mai este indicat.
5. Psihoterapia de familie nu trebuie aplicată nici când problemele copilului se datorează în mare măsură unor factori interni de natură psihologică sau exteriori familiei.

În aceste cazuri este indicat să se intervieveze familia împreună, dar să se lucreze individual cu fiecare membru al acesteia.

În psihoterapia de familie se utilizează în principal trei tipuri de abordări:

a) psihanalitică

- se acordă atenție proceselor de natură inconştientă;
- se acordă o mare importanță unor evenimente trecute, care se presupune că au efecte actuale;
- se subliniază însemnătatea relației fiecărui membru al familiei cu terapeutul;

- cheia demersului terapeutic o reprezintă insight-ul asupra cauzelor ascunse ale comportamentului (e mai important să se interpreteze ce spune fiecare membru al familiei şi nu atât efectele a ceea ce spune acesta asupra celorlalţi membri ai familiei). În cadrul acestui demers sugestiile directe sunt foarte rar administrate.

b) psihoterapie sistemică

În cadrul acesteia accentul de bază cade asupra interacţiunii dintre membrii familiei (cine domină; patternuri de comunicare; tipuri de feed-back; modele de izolare; cine e "ţapul ispăşitor"). Din această perspectivă familia e abordată ca un sistem social în miniatură, iar rolul psihoterapeutului este să înţeleagă forţele care acţionează în cadrul sistemului şi care conduc la tulburări şi comportamente dezadaptative.

Terapeutul trebuie să comenteze excluderea sau victimizarea unui membru al familiei, de ce nu i se dă posibilitatea unui membru al familiei, sau chiar copilului, să-şi exprime deschis punctul de vedere, de ce circulă mesaje cu caracter conflictual şi care sunt efectele acestor mesaje.

Mulţi autori pornesc de la supoziţia că simptomul copilului reprezintă o modalitate de comunicare blocată.

Jocul de rol şi dramatizarea problemelor familiei pot arunca o lumină asupra cauzelor interacţiunilor denaturate.

În psihoterapia de familie de orientare sistemică:

- accentul cade pe ce se petrece aici şi acum;
- se insistă pe patternurile de comunicare dintre membrii familiei şi mai puţin pe conflictele intrapsihice;
- este de presupus că membrii familiei vor continua discuţiile între ei şi în afara şedinţelor de psihoterapie.

Tratamentul este de scurtă durată (maximum 12 şedinţe).

c) Psihoterapie de familie de orientare comportamentalistă

Se bazează pe principiile teoriei învăţării.

Liberman (1970) este unul din exponenţii cei mai de seamă ai acestei orientări. Acesta accentuează câteva elemente care trebuie avute în vedere:

1. Crearea şi menţinerea unei alianţe terapeutice pozitive, bazate pe empatie şi căldură.

2. Analiza problemei din punctul de vedere al teoriei comportamentului.

Aceasta presupune identificarea acelor schimbări pe care fiecare membru al familiei le doreşte la ceilalţi, cât şi a modului în care aceştia doresc ei înşişi să se modifice. De aici rezultă stabilirea scopurilor precise ale terapiei.

Se analizează şi factorii de mediu sau cei de natură interpersonală care conduc la perpetuarea conduitei dezadaptative.

3. Utilizarea principiului întăririi (recompensă, încurajare ca întăriri pozitive şi lipsa de atenţie ca întărire negativă) şi al modelării prin ceea ce se oferă un exemplu de comportament dezirabil, care să influenţeze interacţiunile.

4. Realizarea obiectivelor se urmăreşte în paşi mici, cu utilizarea unor întăriri pentru fiecare mic progres.

5. Terapeutul manifestă o atitudine optimistă încurajând fiecare mică schimbare.

6. Se întăreşte orice nou comportament pozitiv stimulându-se dorinţa de schimbare şi responsabilitatea membrilor familiei.

7. Se ţin evidenţe clare (jurnale) astfel încât toţi membrii familiei să vadă când lucrurile merg în direcţia dorită.

8. Ca şi în cazul altor modele de psihoterapie de familie se încurajează interacţiunile prezente (aici şi acum), jocul de rol şi repetarea comportamentelor dezirabile.

9. Relaţia terapeut - familie este considerată importantă în soluţionarea problemelor de familie. Diferenţa faţă de alte tipuri de abordări constă în stabilirea exactă a obiectivelor, în analiza funcţională pentru a determina cauzele şi efectele diverselor interacţiuni, în recunoaşterea deschisă, că este necesar să se stabilească sarcini pentru familie şi că fiecare persoană trebuie să facă lucrurile altfel între şedinţe, cât şi în utilizarea paşilor mici şi a întăririlor pentru a încuraja modificările de comportament în cadrul familiei.

➤ Psihoterapia de grup cu părinţii sau cu copiii

Psihoterapia de grup este indicată mai ales atunci când problema principală a copilului constă în relaţia cu alţi copii.

Se utilizează grupuri de copii de vârstă apropiată.

Terapeutul observă ce face copilul astfel încât să fie rejectat, izolat, provocat sau luat la bătaie.

Psihoterapia de grup poate fi utilizată şi pentru părinţii cărora le este de folos să discute cu alţi părinţi care au probleme similare cu ale lor. Acest lucru este valabil mai ales pentru părinţii copiilor handicapaţi (deficienţi mintal, paralitici sau autişti).

În grup părinţii scapă de culpabilitatea legată de problemele copilului lor, grupul fiind suportiv pentru acest aspect.

În cursul terapiei părinţii sunt ajutaţi de terapeut şi de ceilalţi părinţi să găsească soluţii cât mai bune la problemele lor. Adesea părinţii copiilor handicapaţi încearcă sentimente negative (furie, frustraţie, disperare, vinovăţie), sentimente pe care le este greu să le recunoască deschis. Pentru ei este benefic să-şi dea seama că şi alţi părinţi simt la fel, iar discuţiile îi pot ajuta să înţeleagă cum apar astfel de sentimente şi cum pot să le facă faţă.

Un alt tip de grup este cel în care mai mulţi părinţi şi copii se întâlnesc împreună. Acest grup este indicat mai ales când mame nevrotice sau dizarmonice nu ştiu cum să se descurce cu copiii lor preşcolari.

În acest caz nu este vorba de a rezolva un comportament problematic, ci de a învăţa cum trebuie să vorbeşti şi să te joci cu un copil.

➤ Aspectele discutabile ale abordării psihanalitice în psihoterapia la copii (*Rutter, 1990*)

Psihanaliza a adus o contribuţie esenţială în înţelegerea unor mecanisme ascunse ale comportamentului uman şi în dezvoltarea unor metode de psihoterapie.

Cu toate acestea, trebuie să fim de acord cu Graham (1974) care spunea că din psihanaliză au izvorât şi o serie de atitudini dăunătoare în interpretarea comportamentului copiilor.

Exagerarea psihanalitică în interpretarea comportamentului copilului este ilustrată de descrierea pe care o face Graham (*cit. Rutter, 1990*) după un text aparţinând lui Fordham;

"Din interpretarea a numeroşi indicatori s-a desprins cu claritate faptul că mecanismele de apărare ale lui Alan, mecanisme ce au devenit foarte puternice, reprezentau defense împotriva dorinţelor sale

ambivalent-pasive; anusul său simţea adesea nevoia să fie pătruns de penisul tatălui său, iar adesea de al meu. Dar el se temea că dacă acesta va pătrunde înăuntru va fi rău pentru el şi că va fi distrus propriul său penis ca atunci când ies fecalele care seamănă cu penisul unor animale şi datorită acestei frici el expulzează fecalele!"

(Copilul suferea de encomprezis!)

Cele mai evidente atitudini exagerate constau în:

- opinia că orice tip de comportament ar putea fi explicat prin intermediul unor concepte psihanalitice;
- nevoia terapeutului de a-şi satisface propria curiozitate este mai puternică decât dorinţa de a face bine pacientului.

CAPITOLUL 14
PSIHOTERAPIE ŞI CONSILIERE PSIHOLOGICĂ

Ivey şi Simek-Downing (1980) consideră că atât psihoterapia cât şi consilierea psihologică reprezintă procese de influenţare interpersonală reciprocă. Modul în care persoana care oferă ajutor (consilier, psihoterapeut) răspunde solicitărilor clientului (pacientului) va influenţa în mare măsură evoluţia evenimentelor viitoare.

Astfel, de pildă, în cazul în care un prieten ne-a solicitat ajutor, deoarece se află într-un impas existenţial, modul în care îi răspundem şi modul în care conceptualizăm problemele acestuia va influenţa profunzimea comunicării viitoare cât şi modul de a gândi şi acţiona în viitor al persoanei respective. Chiar şi simpla încurajare a persoanei care solicită ajutor să vorbească despre problemele sale, în loc să ignore cele spuse, va avea efect asupra evoluţiei viitoare a individului.

Deci, indiferent ce spune sau ce face consilierul în cadrul interviului clinic, subiectul va fi oricum influenţat într-o direcţie sau alta.

Din fericire, majoritatea terapeuţilor şi consilierilor sunt orientaţi mai curând spre dezvoltarea independenţei şi autonomiei clienţilor, decât spre a-i determina pe aceştia să le urmeze în mod rigid indicaţiile şi sfaturile.

Ca şi în cazul psihoterapiei, consilierea psihologică are ca obiectiv ajutarea clientului să funcţioneze mai eficient în viaţa cotidiană şi să aibă relaţii pozitive cu cei din jur.

Una din problemele majore pe care trebuie să le accentueze demersul de consiliere este dezvoltarea la subiect a unui sistem coerent de scopuri de viaţă, cu alte cuvinte, întărirea comportamentului intenţional. O persoană orientată spre scop are sentimentul propriei sale capacităţi, este capabilă să pună în acţiune modele alternative de comportament într-o situaţie dată, poate aborda problemele de viaţă din unghiuri diferite de vedere, fără a se cantona rigid în anumite soluţii prefabricate.

Principiile codului deontologic al psihologului consilier (adaptat după regulamentele Asociaţiei Americane de Psihologie şi ale Asociaţiei Americane pentru Îndrumare şi Personal) cit. Ivey şi Simek-Downing (1980);

1. Păstrarea caracterului confidenţial al datelor obţinute de la clienţi.

Dacă dintr-un motiv sau altul informaţiile trebuie comunicate altor persoane, este obligatorie obţinerea acordului clientului. Regula secretului profesional poate fi încălcată doar atunci când informaţiile pe care le-a obţinut consilierul indică posibilitatea unui pericol pentru client sau pentru alte persoane.

2. Consilierul-terapeut trebuie să fie conştient de propriile limite.

De regulă, consilierii începători consideră că ştiu totul, hazardându-se să pătrundă uneori, înainte de vreme, în sferele mai profunde ale psihismului pacientului, ceea ce poate reprezenta un pericol de dereglare a acestuia.

3. Evitarea solicitării excesive a unor detalii irelevante.

Consilierii începători se pot lăsa fascinaţi de istoriile mai deosebite din viaţa pacientului sau solicită detalii cu privire la unele aspecte intime ale vieţii personale sua sexuale a pacientului.

Un indicator al faptului că avem de-a face cu un consilier neexperimentat constă în faptul că acesta va acorda prea multă importanţă unor amănunte şi mai puţină atenţie sentimentelor şi ideilor pacienţilor.

Consilierea trebuie să aibă ca obiectiv binele pacientului şi nu satisfacerea propriei curiozităţi.

4. Clientul trebuie tratat aşa cum consilierul ar dori să fie tratat el însuşi, cu respect, blândeţe, onestitate şi atitudine de acceptare.

Ajutorul psihologic reprezintă un demers organizat prin intermediul căruia o persoană calificată acordă asistenţă unei alte persoane sau grup sub forma interviului, consilierii sau psihoterapiei.

Intervievarea este definită ca un proces de strângere de informaţii cu privire la client şi este utilizată mai ales în cadrul serviciilor de orientare vocaţională şi de plasament profesional.

Consilierea reprezintă un proces intensiv de acordare a asistentei pentru persoanele normale care doresc să-şi atingă obiectivele şi să funcţioneze mai eficient, în timp ce psihoterapia este, aşa cum am mai

subliniat, un demers mai complex de tratament psihologic centrat pe reducerea unor simptome sau comportamente disfuncționale sau, și mai pretențios, pe reechilibrarea și reconstrucția personalității.

Cu toate acestea, mulți specialiști consideră termenii de consiliere și psihoterapie ca fiind echivalenți.

Interviul psihoterapeutic ca proces decizional

Ivey și Simek-Downing (1980) subliniază faptul că terapeutul consilier trebuie să fie o persoană înalt creativă, care să nu răspundă cerințelor clienților săi într-o manieră rigidă rutinieră.

Sarcina terapeutului este să-l determine pe client să descopere noi alternative de a face față dificultăților vieții.

Terapeutul consilier trebuie să fie suficient de flexibil pentru a aborda clientul de pe pozițiile psihoterapiei analitice, experiențiale sau comportamentaliste.

Pe baza informațiilor fiurnizate de client, terapeutul consilier trebuie, în primul rând, să redefinească problema și să ofere o alternativă de soluție.

Creativitatea nu este numai apanajul terapeutului. Aceasta trebuie dezvoltată și la clientul care se prezintă la cabinet cu fragmente de experiențe și trăiri care parcă nu au nici un sens și terapeutul este cel care îl ajută să reexamineze aspectele conștientizate sau mai puțin conștientizate ale acestor fragmente și pornind de la ele să elaboreze un mod mai constructiv de a vedea existența.

Clienții se adresează de regulă consilierului pentru că au un conflict decizional și trăiesc un sentiment de blocare la nivelul gândurilor, sentimentelor și comportamentului.

Aceștia au nevoie să li se ofere o nouă perspectivă, să fie ajutați să spargă vechile tipare rigide ale comportamentului dezadaptativ și să ia noi decizii pentru a-și soluționa problemele.

Consilierul trebuie să urmeze următoarea schemă în cursul procesului de acordare a sprijinului psihologic:

1. Definirea clară a problemei clientului
2. Elaborarea unor alternative posibile de soluții
3. Alegerea unei alternative și implementarea ei în practică

Unul dintre cele mai bine elaborate modele de consiliere bazate pe teoria deciziei aparține lui Bramer (1973). Conform acestui model, procesul de consiliere terapeutică trebuie să urmeze următorii pași:

a) Stabilirea unei relații apropiate cu clientul și implicarea acestuia în procesul de rezolvare a propriilor sale probleme. Persoanele care solicită ajutorul trebuie să fie cu adevărat interesate de acest demers și să fie convinse de faptul că ei au forța de a lua decizii care le pot influența în mod serios existența.

b) Identificarea și clarificarea problemei și stabilirea obiectivelor psihoterapiei.

c) Determinarea și analizarea alternativelor posibile de soluționare a problemei.

d) Culegerea de informații relevante.

e) Analizarea implicațiilor care decurg din informațiile culese și a consecințelor care derivă din diverse alternative posibile.

f) Clarificări în privința sistemelor de valori care stau la baza opțiunilor personale. Clienții trebuie să știe precis ce doresc, cât și ordinea în care doresc să-și atingă obiectivele. Consilierul trebuie să-l ghideze pe client să-și exploreze interesele, abilitățile, competențele, condițiile familiale, expectațiile sociale și elementele caracteristice realității externe.

g) Reexaminarea obiectivelor, soluțiilor alternative, a riscurilor și consecințelor acestora.

h) Decizia cu privire la una din alternative și formularea unui plan de acțiune pentru a atinge obiectivul propus.

i) Generalizarea celor învățate împreună cu terapeutul la noi situații de viață.

j) Testarea planului elaborat pe baza unor reevaluări periodice realizate pe baza noilor informații acumulate și ținând seama de posibilele modificări ale împrejurărilor externe.

Din examinarea modului în care lucrează consilierii ineficienți rezultă că aceștia au dificultăți frecvente să definească în termeni preciși ca problemă are clientul. Ei trec de la o temă la alta, analizând o mare cantitate de material, dar realizând relativ puțin sub aspectul eficienței.

Adesea aceştia sunt satisfăcuţi când clientul a găsit singur o soluţie sau pare să se fi acceptat faptul că aşa cum este el la ora actuală este bine, cu alte cuvinte s-a "împăcat cu soarta".

În acelaşi timp, consilierii ineficienţi rareori ating etapa a treia şi anume consilierea decizională eficientă.

Spre deosebire de aceştia, consilierii eficienţi definesc foarte repede problema, oferă clientului cel puţin trei alternative posibile de soluţii şi îl ghidează pe acesta să găsească cea mai bună soluţie dar şi s-o pună în practică.

Prima regulă a oricărui interviu de consiliere psihologică constă în a preciza exact, împreună cu clientul, despre ce anume se va discuta în timpul şedinţei de psihoterapie.

De regulă clientul îşi păstrează problema la un nivel superficial, după care, terapeutul şi clientul elaborează împreună noi alternative de definire a respectivei probleme şi decid care va fi definiţia pe care o vor utiliza, de comun acord în cadrul demersului terapeutic viitor. Această abordare are un caracter sistematic.

Să analizăm de pildă următorul dialog terapeutic (adaptat după Ivey şi Simek-Douning, 1980)

***Consilierul**: Bună dimineaţa, Andreea. Am aflat că doreşti să discutăm despre felul în care merg lucrurile la noul tău serviciu, aşa este?*

***Clienta**: Nu merg deloc.*

***Consilierul**: Nu merg, cum aşa?*

***Clientul**: Şeful mă ia în primire şi ţipă la mine cum intru pe uşă. Îmi cere să mă învârtesc ca un titirez de la o maşină la alta. Nici colegii nu sunt mai buni. Tot timpul râd de mine şi caută să mă încurce. Săptămâna trecută era să-l iau la palme pe unul din ei. Ceilalţi au râs şi mai tare. Mizerabilii! Am să le arăt eu lor! (Andreea lucrează ca mecanic)*

Care este în acest caz problema?

Provine ea din interiorul clientului sau este o problemă generată de condiţiile neprielnice de mediu?

Un consilier începător ar manifesta tendinţa de a accepta problema aşa cum a definit-o clienta ("lucrurile nu merg bine la serviciu")

şi ar căuta o soluţie imediată şi anume să lucreze asupra comportamentelor de tip adaptativ, fără a mai explora şi alte variante posibile.

Decizia pe care o ia consilierul (dacă să accepte definirea dată problemei de clientă sau să lărgească aria de explorare) prezintă o importanţă covârşitoare, pentru că de aceasta va depinde succesul consilierii.

Problema Andreei poate îmbrăca diverse aspecte:

- ea este o persoană dificilă;

- şeful manifestă un comportament discriminatoriu faţă de femei;

- ea nu are abilităţi sociale de a colabora cu alţi salariaţi;

- are o depresie mascată datorită unor probleme familiale mai vechi, depresie ce o face să suporte greu stresul de la noul loc de muncă;

- nu are o educaţie şi un nivel de cunoştinţe şi abilităţi la nivelul cerinţelor postului;

- s-a identificat mai mult cu tatăl ei în copilărie şi are probleme în definirea şi acceptarea rolului ei de femeie;

- trăieşte într-un mediu în care nu sunt recunoscute aptitudinile tehnice la femei;

- are dificultăţi în a-şi exprima sentimentele;

- are un prieten sau un soţ care refuză să accepte ca ea să lucreze la fabrică;

- are probleme cu copiii pentru că nu-i ajung banii să-i dea la grădiniţă etc.

În această situaţie, consilierul are nevoie de informaţii suplimentare.

Dialogul dintre consilier şi clientă se poate desfăşura în continuare astfel;

***Consilierul**: Andreea, se pare că serviciul tău este cu adevărat îngrozitor, astfel încât te face să simţi că te afli mereu pe un câmp de luptă. Nu ai putea să-mi spui ceva mai mult despre ce ţi s-a întâmplat înainte?*

***Clienta**: Da, desigur. Ion nu poate suporta să lucrez în fabrică. El ar vrea să mă ţină acasă, dar mie îmi place să ies în lume. Cu toate acestea, secţia unde am fost transferată e groaznică!*

***Consilierul**: Deci, tu şi cu Ion aveţi o problemă de rezolvat. Poţi să-mi spui mai multe despre felul în care se poartă el şi despre felul în care vezi tu situaţia?*

***Clienta**: Da, să vă povestesc ce s-a întâmplat aseară...*

Dacă Andreea nu acceptă noua definire a problemei (relaţia ei cu soţul), terapeutul trebuie să se întoarcă în trecut şi să ia în discuţie o etapă anterioară din viaţa clientei şi, pe baza informaţiilor obţinute, să genereze şi alte alternative de probleme.

Cu cât decizia terapeutului este mai rapidă şi mai bună, cu atât interviul va avea un caracter mai focalizat, ceea ce va economisi timpul şi resursele clientului.

Pentru ca diferenţa dintre un interviu eficient şi unul ineficient să rezulte mai clar, prezentăm mai jos un dialog posibil între clienta noastră şi un consilier care nu urmează o direcţie precisă;

***Clienta**: Şeful mă ia în primire cum intru pe uşă. Şi colegii sunt răi, râd tot timpul de mine. Săptămâna trecută am fost cât pe ce să-l iau la palme pe unul din ei. Ceilalţi au râs şi mai tare. M-am săturat de toate astea!*

***Consilierul**: Unde lucrezi?*

***Clienta**: Într-o secţie de reparaţii auto.*

***Consilierul**: Ce pregătire ai pentru munca ta?*

***Clienta**: Liceul cu profil de auto.*

***Consilierul**: Unde ai locuit înainte?*

***Clienta**: Sunt născută aici.*

***Consilierul**: Nu te-ai gândit şi la alte meserii pe care le-ai putea practica?*

***Clienta**: Nu! Chiar mi-am dorit să fiu mecanic. Am învăţat cu plăcere şi simt că pot să fac asta.*

***Consilierul**: Ce ar fi să te recalifici pentru o muncă de secretară? Cred că ţi-aş putea aranja să participi la nişte cursuri organizate de Ministerul Muncii.*

După cum se poate lesne constata, consilierul trece fără nici o linie directoare de la o problemă la alta, omiţând aspectele cu adevărat importante ale problemei clientei.

După definirea corectă a problemei, urmează examinarea acesteia mai în profunzime şi apoi găsirea unor alternative de soluţii.

Modalitatea de elaborare a soluţiei depinde în mare măsură de orientarea teoretică a terapeutului. Astfel, un terapeut de orientare analitică va fi mai puţin interesat de faptele ca atare, ci de procesele inconştiente care se ascund în spatele lor, un terapeut feminist va pune accent pe rolul femeii care are o profesie netradiţională, iar unul care se bazează pe o teorie cognitivistă a personalităţii, va fi înclinat să adune cât mai multe date posibile.

Să presupunem că terapeutul Andreei se bazează pe o orientare cognitivistă. Acesta va căuta să culeagă un număr cât mai mare de informaţii, va pune accentul mai mult pe modul de a gândi al pacientului, decât pe modul său de a simţi şi va fi preocupat mai ales să-i determine pe clienţii săi să se înţeleagă mai bine şi să se raporteze mai corect la lumea reală.

Acest terapeut va utiliza în mod frecvent sfaturile şi sugestiile date clientului.

Să analizăm un fragment de interviu bazat pe această orientare teoretică;

***Clienta**: Şeful mă ia în primire de cum intru pe uşă. Nici colegii nu sunt mai buni... Săptămâna trecută eram cât pe ce să-l iau la palme pe unul dintre ei. Ceilalţi au râs şi mai tare. M-am săturat de toate acestea.*

***Consilierul**: Deci, ai nişte probleme la serviciu. Hai să analizăm împreună lucrurile care s-au petrecut.*

(Trebuie menţionat faptul că acest consilier consideră că problema pacientei este legată de locul de muncă şi caută să obţină date în sprijinul acestei ipoteze.)

***Clienta**: Sunt prima femeie angajată în acest atelier. Cred că le-am încurcat într-un fel socotelile. Şeful avea un om pe care dorea să-l angajeze, dar la concurs eu am ieşit mult mai bine. Acum ei toţi se poartă cu mine de parcă eu nu aş şti ce am de făcut.*

***Consilierul**: Se pare că ai mult de luptat cu ei. Ai putea să-mi descrii mai exact ce se petrece în timpul unei zile obişnuite de muncă?*

Informaţiile obţinute astfel pot contribui mai bine la înţelegerea situaţiei de muncă.

Atitudinea Andreei față de activitatea ei și față de colegi poate sta la baza elaborării unor planuri de acțiune prin intermediul cărora ea va fi capabilă să facă față mai bine situației cu care este confruntată.

În cazul în care respectivele planuri se vor dovedi pline de succes, interviurile de consiliere se pot opri aici. În felul acesta problemele mai profunde pot să rămână neexplorate.

Dacă însă în cursul interviului de consiliere terapeutul a descoperit faptul că o problemă importantă o constituie relația Andreei cu soțul este indicat ca terapeutul să renunțe măcar pentru moment la abordarea cognitivistă și să adopte o atitudine de ascultare pasivă, centrată pe client (rogersiană).

***Consilierul**: Ancreea, se pare că am ajuns împreună la niște concluzii legate de modul cum ar trebui să te comporți la serviciu. Cu toate acestea, mi se pare că tu și Ion aveți unele probleme. (Trebuie să menționăm faptul că a lucra simultan asupra a două probleme; relațiile de la serviciu și cele de acasă, nu este indicat, pentru că poate genera confuzii în mintea clientului.)*

***Clienta**: Da, el este deprimat și furios. Uneori mi-e chiar frică de el. Mă tem că este în stare să mă lovească.*

***Consilierul**: Pari foarte îngrijorată de sentimentele lui și în același timp te temi pentru tine.*

***Clienta**: Mi-e frică. El m-a bătut. El nu poate suporta ideea că eu am serviciu și el este șomer. Încerc în toate felurile să-i fac pe plac, fac toată treaba în casă, nu mai știu cum să procedez.*

***Consilierul**: Faci eforturi disperate să-i fii pe plac, dar toate eforturile tale par inutile. Mi se pare că ai și sentimente de furie.*

În acest moment al demersului, consilierul poate relua abordarea cognitivistă pe baza căreia va construi împreună cu clienta planuri de acțiune pentru ca ea să ajungă să se înțeleagă cu soțul ei, cât și strategii de a face față situației de la serviciu.

După cum este lesne de observat, relația Andreei cu soțul are unele puncte comune cu relațiile ei de la locul de muncă.

În multe cazuri atunci când clientul consideră că a descoperit problema și lucrurile merg mai bine, procesul de consiliere se încheie, așa cum se întâmplă frecvent în cursul unor abordări psihodinamice, experiențiale sau centrate pe client.

Abordările de tip comportamentalist sau rațional-emotiv consideră însă că lucrurile nu s-au încheiat aici și pun accent pe transferul celor învățate în cursul ședințelor de consiliere sau psihoterapie în viața reală.

Acest aspect este reprezentat de faza acțională a consilierii. În cadrul acestei faze terapeutul:

- elaborează alternative de soluții practice pentru clientul său;
- examinează avantajele și dezavantajele fiecărei soluții;
- optează pentru o anumită soluție și testează eficiența acesteia prin intermediul temelor pentru acasă.

Dacă soluția s-a dovedit a fi eficientă, consilierul se poate încheia în acest punct. În cazul în care soluția nu s-a dovedit viabilă sau este parțial eficientă, consilierul și clientul trebuie să redefinească problema și să elaboreze o nouă modalitate de a lucra asupra acesteia.

Să analizăm următorul fragment de interviu în cadrul căruia consilierul revine de la abordarea de tip non-directiv la cea cognitivistă.

***Consilierul**: În concluzie, lucruile par a fi foarte clare. Enervarea lui Ion îți pare evidentă și nu mai ai chef să suporți agresivitățile lui fizice și verbale. În același timp te simți foarte tristă și rănită pentru că în ciuda acestor lucruri încă îl mai iubești. Te-am înțeles bine?*

***Clienta**: Da. Lucrurile care păreau atât de încurcate acum o jumătate de oră parcă s-au limpezit.*

***Consilierul**: Deci trăiești simultan sentimente puternice de dragoste și furie. Care ar fi modalitățile de a acționa pe care le întrevezi? Ai spus că nu mai suporți ca lucrurile să fie ca înainte. Ce idei ai în legătură cu posibilitățile de a schimba situația?*

***Clienta**: M-am gândit să-l părăsesc, dar parcă în același timp aș vrea și să rămân.*

***Consilierul**: Ai deci două alternative - să pleci sau să rămâi. Să presupunem că pleci, care ar fi alternativele și posibilitățile pe care le ai?*

În cursul următoarelor interviuri sunt examinate posibilitățile eficiente de separare.

***Consilierul**: Am ajuns la concluzia că vrei de fapt să te desparți de Ion și să trăiești independent. Deși o să suferi, ești convinsă de*

faptul că eşti în stare să faci asta. Mai devreme spuneai că în acelaşi timp parcă ai dori să rămâi cu el. Hai să examinăm şi posibilităţile pe care le ai dacă rămâneţi împreună. Apoi vom compara alternativele între ele.

Se constată faptul că sarcina consilierului terapeutic este să lucreze împreună cu clienta sa, ajutând-o să elaboreze cât mai multe variante de acţiuni posibile. O persoană care are doar una sau cel mult două alternative nu are posibilitatea de a-şi controla integral propria existenţă.

În cazul în care decizia nu s-a dovedit eficientă terapeutul trebuie să revină la stadiile anterioare ale procesului de consiliere.

Când clientul a optat pentru una din alternative se trece la elaborarea strategiilor de a face faţă cât mai eficient situaţiei.

Să presupunem că Andreea a optat pentru alternativa de a rămâne împreună cu soţul ei, în ciuda dificultăţilor pe care le are de înfruntat.

În acest caz, terapeutul consilier decide că ea ar trebui să parcurgă un program de antrenament autoasertiv pentru a fi capabilă să lupte mai bine pentru drepturile sale.

Dacă în ciuda eforturilor ei lucrurile nu merg şi problemele cu soţul continuă, ea mai are şi alte alternative la dispoziţie: poate pleca să locuiască la mama ei, poate intenta imediat acţiune de divorţ etc.

În această situaţie consilierul şi clienta trebuie să redefinească problema ca de pildă "este o problemă maritală".

În acest caz se poate recurge la consiliere de cuplu sau se poate ajunge la concluzia că problema este de fapt a lui Ion, situaţie în care acesta ar trebui să fie convins să accepte la rândul său consilierea.

Modelul de consiliere bazat pe teoria deciziei are avantajul că oferă clientului mai multe alternative de rezolvare, pune accentul pe realizarea unui consens între client şi consilier şi în acelaşi timp direcţionează şi focalizează interviurile.

Majoritatea teoreticienilor în domeniul consilierii pun un accent exagerat pe problemele subiectului, ignorând factorii de mediu care întreţin probleme. (Dacă Andreea are o problemă personală, conflicte de serviciu şi acasă, tratamentul va fi, de regulă, centrat asupra ei; cum poate ea să se modifice pentru a face faţă situaţiilor).

Cu toate acestea nu trebuie să uităm că diferite atitudini şi prejudecăţi sociale cum ar fi discriminările rasiale, sexismul, decalajele economice etc. îşi spun cuvântul asupra situaţiei unui individ.

Lewis şi Lewis (1977) sunt de părere că prima decizie pe care trebuie s-o adopte consilierul terapeut este dacă problema care apare poate fi rezolvată prin intermediul unor modificări în structura clientului sau prin intermediul unor modificări ale mediului.

Astfel, uneori este mai eficient să modificăm condiţiile de viaţă decât structura persoanei pentru că se poate întâmpla ca pacientul să fie "un om sănătos într-o lume nebună".

Întorcându-ne la cazul Andreei, se poate observa cu uşurinţă că majoritatea problemelor el izvorăsc din faptul că este femeie care trăieşte într-o lume a bărbaţilor. Ea se confruntă cu discriminări la locul de muncă, iar soţul are prejudecăţi sociale, neputând suporta faptul că ea are succes într-o meserie masculină şi o bate în mod sălbatic.

Relaţiile Andreei la serviciu şi acasă sunt puternic afectate de discriminările dintre bărbaţi şi femei.

Datorită faptului că prejudecăţile sociale sunt greu de modificat, majoritatea terapeuţilor consilieri preferă să abordeze problemele clienţilor dintr-o perspectivă individuală.

Există însă şi unele modalităţi de abordare în cadrul cărora consilierul poate să ia în consideraţie şi factorii de mediu.

Astfel, de pildă, în prima etapă, în cadrul căreia are loc definirea problemei, terapeutul consilier poate s-o ajute pe Andreea să înţeleagă faptul că problema nu este numai a ei ci are la bază şi prejudecăţi sociale.

Prezentăm mai jos un fragment de protocol care poate să ilustreze cele afirmate mai sus:

***Consilierul**: Andreea, suntem deja la a treia noastră întâlnire. Te-am ascultat povestind despre faptul că ai vrea să te descurci mai bine la serviciu şi să faci faţă bărbaţilor care te tachinează. Am înţeles că ai probleme asemănătoare în relaţiile tale cu soţul. Te-am auzit de nenumărate ori spunând "este greşeala mea". Dacă mă voi strădui mai mult lucrurile vor merge mai bine. Cu cât te ascult mai mult cu*

atât îmi dau seama mai bine că problema lui Andreea este în acelaşi timp problema oricărei femei. Femeile au fost multă vreme victimele unor atitudini discriminatorii şi se pare că tu eşti victima acestor prejudecăţi şi acasă şi la serviciu. Ce zici de asta?

În acest moment al consilierii terapeutul interpretează afirmaţiile clientei şi îi oferă acesteia posibilitatea de a reacţiona. I se pot propune apoi clientei alternative de soluţii la problema ei, cum ar fi, de pildă, aderarea la o mişcare pentru drepturile femeilor.

Pentru ca procesul de consiliere să fie eficient, terapeutul trebuie să acorde atenţie propriului său stil decizional.

Janis şi Mann (1977) au identificat următoarele stiluri decizionale specifice consilierului terapeutic:

a) Stilul bazat pe aderarea non-conflictuală, caracteristic unei persoane care găseşte o singură modalitate de rezolvare a problemei şi merge pe această direcţie indiferent dacă rezultatul este dezastruos.

În cazul consilierii este vorba de o persoană care crede cu tărie într-o anumită teorie psihologică şi o aplică nediferenţiat, indiferent de situaţie.

b) Stilul bazat pe schimbare non-conflictuală este caracteristic consilierului care îşi modifică rapid ideile, adesea fără a reflecta prea mult. Acest consilier adoptă o atitudine eclectică fără a avea un motiv bine întemeiat s-o facă.

c) Stilul de decizie defensiv-evitant este caracteristic persoanelor care neagă problemele sau, pur şi simplu, refuză să se aplece asupra lor.

Conslierii care aparţin acestui tip nu reuşesc să-i determine pe clienţii lor să-şi analizeze suficient de profund problemele lor şi de regulă se comportă suspect de amabil.

d) Stilul de decizie hipervigilent caracterizează persoana care este conştientă de multitudinea posibilităţilor existente, dar care este în acelaşi timp anxioasă şi preocupată că ar fi putut omite un element important. Aceşti consilieri sunt excesiv de stresaţi.

e) Stilul vigilent, considerat de autorii menţionaţi ca fiind cel mai eficient pentru consilierea psihologică, se caracterizează prin aceea că persoana este suficient de motivată şi activată pentru a se angaja în

sarcini cognitive de luare de decizii, dar niciodată atât de motivată încât supraactivarea să-i afecteze eficienţa cognitivă.

Consilierul vigilent va fi permanent alert şi deschis la noi alternative şi posibilităţi care pot să apară în cursul şedinţelor de psihoterapie.

În continuare prezentăm un tabel care subliniază în mod comparativ caracteristicile unui consilier eficient şi ale unuia ineficient (*după; Ivey şi Simek-Downing, 1980*);

	Atribuţii	Consilier terapeut eficient	Consilier terapeut ineficient
1.	Definirea comportamentului problemă	a) Elaborează definiţii alternative; b) Selectează o definiţie de lucru	a) Acceptă definiţia oferită de client ca atare; b) Este incapabil să definească singur problema
2.	Focalizarea demersului terapeutic şi de consiliere	Alege un anumit tip de definire a problemei şi începe să lucreze asupra acestuia împreună cu clientul	Este incapabil să aleagă o anumită definire a problemei şi trece fără nici un fel de direcţionare de la un subiect la altul
3.	Activitate creatoare	a) Îi răspunde în mod flexibil clientului b) Se bazează pe diferite teorii pentru a elabora noi posibilităţi de acţiune c) Face apel la tehnici creative pentru a stimula clientul	a) Posedă un model standard de a răspunde clienţilor b) Aplică acelaşi set de tehnici indiferent de problemele pe care le ridică clienţii
4.	Procesul decizional	a) Direcţionează clientul să adopte soluţii creative b) Focalizează demersul terapeutic conform unui model bazat pe teoria deciziei	a) Elaborează o singură alternativă de soluţie la problemă b) Se învârteşte fără rost interogând clientul, fără a se centra pe adoptarea unei decizii
5.	Factori conjuncturali	a) Defineşte problema ţinând seama atât de factorii personali cât şi de cei conjuncturali b) Ţine seama de prejudecăţile sociale	a) Consideră că problema este doar individuală b) Ignoră conjunctura socio-economică şi alţi factori de natură psiho-socială

6.	Modificări posibile	a) Lucrează asupra subiectului b) Lucrează pentru a modifica şi unele condiţii de mediu	Lucrează doar asupra individului
7.	Modalitatea efectivă de lucru	a) Modifică sistemul teoretic pe care se bazează în funcţie de situaţie b) Alege un set adecvat de tehnici de lucru c) Generează noi perspective asupra problemei d) Iniţiază discuţii deschise	a) Se bazează pe o concepţie teoretică unică b) Utilizează un set standardizat de tehnici c) Ia în consideraţie doar ceea ce spune clientul cu privire la problema sa d) Iniţiază discuţii rigide
8.	Rezolvarea problemei	a) Elaborează multiple soluţii din cadrul cărora clientul are posibilitatea să aleagă b) Elaborează un plan concret de acţiuni c) Elaborează problema înainte de a furniza soluţia	a) Elaborează doar o soluţie sau nici o soluţie b) Îl lasă pe client să se descurce singur în ceea ce priveşte implementarea soluţiei c) Se repede la soluţii imediate fără a analiza cum trebuie problema
9.	Stilul decizional	Vigilent	Aderent non-conflictual, bazat pe schimbare nonconflictuală, defensiv-evitant sau hipervigilent

CAPITOLUL 15
MODELUL PSIHOEDUCAŢIONAL ÎN TERAPIE ŞI CONSILIERE. PSIHOTERAPIE ŞI PSIHOPROFILAXIE

Astăzi, un număr tot mai mare de psihologi se ocupă de punerea la punct a unor strategii psihologice care să contribuie la sănătatea mintală a oamenilor, să îmbunătăţiască ceea ce numim calitatea vieţii umane. Se pun la punct tot mai multe programe de sănătate mintală, accentul deplasându-se de la psihoterapie la consilierea psihologică.

Lavson (1984) arată că această orientare este ilustrată de un vechi proverb chinez: "Dacă dai unui om un peşte, îi asiguri o masă, dacă îl înveţi să pescuiască el va putea să-şi procure hrană pentru tot restul vieţii".

Acest proverb reprezintă esenţa programelor care presupun învăţarea unor deprinderi de a face faţă problemelor vieţii. Aceste deprinderi îi ajută pe oameni să-şi conducă mai bine propria viaţă şi să-i ajute pe ceilalţi mai eficient.

În 1964, Hobbs vorbea de "cea de-a treia revoluţie în domeniul sănătăţii mintale", revoluţia caracterizată prin deplasarea accentului de la problemele clinice spre cele legate de sănătatea mintală şi educarea populaţiei în această direcţie, de la strategiile reparatorii (psihoterapie, chemioterapie), spre cele preventive, de psihoprofilaxie menite să-i înarmeze pe oameni cu deprinderi care să le garanteze sănătatea psihică şi abilitatea de a face faţă stresului.

Programele de formare a deprinderilor de sănătate mintală variază de la simple casete audio şi video, manuale şi instrucţiuni referitoare la relaţiile interpersonale, la cultura empatiei, la rezolvarea unor probleme personale.

Astfel, principiile psihologice se transformă în deprinderi de viaţă de a face faţă stresului, care se pot învăţa. Învăţarea acestor deprinderi de viaţă a constitui subiectul unor numeroase programe de cercetare în S.U.A. şi Canada. (*Anthony, 1979; Cormier şi Cormier, 1979; Egan, 1982; Hammond, Hepworth şi Smith, 1977; Hosford şi de*

Visser, 1974; Ivey, 1980; Kanfer şi Goldstein, 1975; Okun, 1976; Schulman, 1976.)

Atenţia cercetătorilor faţă de acest gen de probleme a apărut din necesitatea de a găsi soluţii la criza morală şi alienarea de care suferă mulţi oameni din societăţile de consum (*Frank, 1974*).

Rogers vorbeşte despre "**revoluţia liniştită**" prin care înţelege că tot mai mulţi oameni au tendinţa de a-şi lua propriul destin în mână, de a-şi controla corpul şi mintea, de a-şi rezolva propriile probleme.

32 de experţi americani au fost întrebaţi cum prevăd viitorul psihoterapiei (*Prochaska şi Norcross, cit. Larson, 1984*). Răspunsul unanim a fost "creşterea interesului şi accentului pentru autodeterminare în psihoterapie", ceea ce înseamnă creşterea popularităţii metodelor de "automodificare" a grupurilor de autoajutorare a procedeelor de autoreglare (însuşirea unor deprinderi de comunicare, de modificare a comportamentului, de decondiţionare biofeedback, relaxare, imaginaţie dirijată etc.).

Deci în cadrul acestui demers clientul trebuie să înveţe să stea pe propriile lui picioare şi e responsabil de propria însănătoşire, iar psihoterapeutul este un fel de profesor care îl învaţă ce trebuie să facă pentru a-şi dobândi, păstra sau îmbunătăţi sănătatea mentală.

După datele Insititutului Naţional de Sănătate Mintală din S.U.A. 15% (32 milioane) din populaţie suferă de tulburări psihice serioase şi doar 3% (6,5 milioane de oameni) primesc ajutorul unor cabinete specializate (*Reiger, Goldberg şi Taube, 1978*).

În aceste condiţii accentul trebuie să cadă pe procedeele de prevenire a bolilor psihice şi pe autoreglare. Această orientare este cu atât mai valabilă pentru ţara noastră unde numărul psihoterapeuţilor este şi mai limitat.

Mişcarea pentru deprinderile psihologice are la bază trei elemente:

1. Identificarea unor deprinderi de psihoprofilaxie.
2. Utilizarea unor metode sistematice pentru a-i învăţa pe subiecţi astfel de tehnici.
3. Punerea la punct a unor programe de psihoprofilaxie.

Facilitatea, accesibilitatea şi eficienţa deprinderilor psihologice preventive le fac accesibile unei largi categorii de clienţi şi educatori.

În accepţiunea acestei orientări deprinderea psihologică este definită ca "o capacitate, o competenţă necesară pentru o existenţă eficientă, (*Egan şi Cowan, 1979*). Aceste deprinderi sunt modalităţile comportamentale operaţionale, repetabile, antrenabile şi produc un număr determinat de efecte previzibile (*Carkhuff şi Berenson, 1976*).

Kaye (1979) extinde termenul de deprindere psihologică la sfera personalităţii afirmând că într-o anumită măsură noi învăţăm diferite deprinderi de a ne comporta corespunzător cu diferite persoane, pentru a face faţă unor situaţii sociale diferite pe care le întâlnim în viaţă. În acelaşi timp există similitudini în comportamentul unei persoane într-o varietate de situaţii şi în interacţiunea cu indivizi diferiţi. Astfel, personalitatea poate fi privită ca reprezentând această modalitate de a transfera aceste deprinderi de comportament din cadrul structurilor sociale unde s-au format (familie, şcoală) la noi situaţii sociale.

A însuşi o deprindere nouă, care poate fi cea de a asculta activ, de a dansa, de a administra banii, de autoformare sau de concentrare asupra unor experienţe psihice, implică însuşirea unor subsisteme, care, organizate ierarhic, formează deprinderea de viaţă.

Cu trecerea timpului şi odată cu exersarea, aceste deprinderi comportamentale capătă un caracter tot mai automatizat, permiţând persoanei să-şi concentreze atenţia asupra unor strategii de nivel superior pentru autorealizare.

Clienţii îşi însuşesc deprinderile de a face faţă situaţiilor psihosociale (*psychosocial coping skills*) iar terapeuţii - deprinderi de ajutorare interpersonală (*interpersonal helping skills*).

➤ **Deprinderile de a face faţă situaţiilor psihosociale.**

Egan, Adkin şi Gazda (*cit. Larson, 1984*) au pus la punct un repertoriu larg de educare a aşa-numitelor "deprinderi de viaţă" (*life skills*). Învăţarea lor constituie atât o formă de psihoterapie, cât şi un model de psihoprofilaxie. Problemele de viaţă cum ar fi rezolvarea unor sarcini, a unor crize existenţiale, aprofundarea relaţiilor interumane etc. sunt conceptualizate sub forma unor modele comportamentale ce pot fi învăţate, ca de pildă deprinderea de a gospodări banii, de a planifica activitatea, de ascultare activă a partenerului, de

conversație, de autoafirmare, de concentrare a atenției asupra datelor experienței, de relaxare, de a găsi un loc de muncă, de rezolvare a unor probleme de viață, de a soluționa conflicte etc.

➤ **Deprinderile de ajutor interpersonal**:

Aceste programe sunt destinate terapeuților și altor categorii de persoane care doresc să ajute oamenii pentru a le crește propria eficiență în calitate de susținători ai celorlalți. Ele cuprind, de pildă, deprinderi de sfătuire, de răspuns activ, de interpretare a celor spuse de pacient, deprinderi de interogare, de tăcere, de acordare a unei atitudini încărcate de căldură afectivă. Acestea nu sunt altceva decât "ingrediente" ale psihoterapiei.

Metodele de antrenare a acestor deprinderi psihologice de viață au la bază modele oferite de teoria învățării cât și de psihologia clinică. Ele se caracterizează prin:

1. Participarea activă a clientului sau a celui care este instruit (psiholog, profesor, asistentă medicală) în procesul învățării.
2. Presupun acordarea unei atenții deosebite conceptualizării și formalizării unor comportamente specifice (interioare și exterioare) stăpânirii și fixării acestor comportamente.
3. Programele se bazează pe respectarea principiilor învățării: modelare, observare, discriminare, întărire și generalizare etc.
4. Fiecare program cuprinde elemente didactice și elemente experiențiale.
5. Programele sunt bine structurate.
6. Obiectivele sunt clare și precise.
7. Programele sunt înregistrate riguros și se transmit sub formă de feed-back-uri.

În cadrul acestei orientări psihoterapeutul devine mai mult un profesor decât un medic, problemele clientului fiind abordate mai degrabă ca niște comportamente dezadaptative decât ca simptome (orientare behavioristă), pacienții fiind considerați capabili să-și direcționeze propriul proces de învățare și nu să primească în mod pasiv tratamentul.

De fapt, încă cu mult timp în urmă, psihoterapeuții (mai ales cei de orientare comportamentalistă) au considerat psihoterapia ca pe un proces de învățare (învățarea afectivă, cognitivă, condiționare operantă, identificarea, modelarea, luarea deciziilor sunt procese ce se includ în multe sisteme de psihoterapie) (*Korchin și Sands, 1982*).

Această considerare a terapeutului ca profesor și a pacientului ca discipol reprezintă "modelul psihoeducațional" în psihoterapie. Astfel, secvența anormalitate (boală psihică) ↦ diagnoză ↦ prescriere ↦ terapie ↦ vindecare, devine:

Insatisfacția sau ambiția clientului	↦	stabilirea unor scopuri	↦	însușirea unor deprinderi de viață	↦	satisfacție sau atingerea scopului		

(*Authier et al., 1975, p. 31*)

După Guerney et al. (1971), psihologul clinician care urmează un model educațional nu se ocupă de tratarea nevrozelor sau simptomelor, ci de învățarea clientului cum să-și modifice atitudinile față de sine și față de ceilalți și cum să dobândească deprinderi de viață sănătoasă și eficientă.

Se pornește de la premisa că fiecare subiect (pacient) are în el însuși o serie de disponibilități latente, iar psihoterapeutul trebuie să fie suficient de abil pentru a-l ajuta să aducă la lumină aceste disponibilități, înlăturând obstacolele care stau în calea autorealizării persoanei.

Sarcina terapeutului se deplasează de la interpretări de simptome, reflecții, suport, la învățarea pacientului să dezvolte un comportament dezirabil. Modelul psihoeducațional în psihoterapie consideră că pacientului îi lipsește ceva ce poate să i se ofere acestuia prin intermediul unui program de antrenament. Ceea ce lipsește pacientului sunt **competențele** de a face față dificultăților vieții.

O altă caracteristică a modelului psihoeducațional constă în aceea că privind problemele pacientului mai curând ca deficite de competență decât ca simptome, se stimulează participarea activă a pacientului la rezolvarea propriilor sale probleme.

Considerarea problemelor ca fiind semne de boală psihică îl face pe client să se simtă mai puțin în stare să-și rezolve dificultățile, să se ajute singur (*Danish și Smyer, 1981*).

Abordând problemele clientului ca deprinderi deficitare şi dându-i acestuia instrumentul de a corecta respectivele deficite, psihoeducatorul îl ajută să-şi ia răspunderea propriului tratament şi prin extindere a propriei sale vieţi. De pildă, un client care a învăţat nişte strategii de rezolvare a unor probleme de viaţă devine mai capabil să rezolve problemele proprii apărute în diverse situaţii decât un client care a rezolvat o singură problemă cu un psihoterapeut.

Cheia succesului acestei abordări psihoterapeutice educaţionale constă în aceea că se acordă respect clientului, capacităţii acestuia de a-şi propune scopuri şi de a le atinge.

Unele din programele de însuşire a deprinderilor psihologice de viaţă pot fi însuşite şi de alte persoane decât psihoterapeuţi specializaţi: profesori, părinţi, asistente sociale etc.

Abordarea psihoprofilactică este ilustrată şi de următoarea povestire (Egan, 1984):

Un om mergea pe malul unui râu. La un moment dat el observă că un om se îneacă; sare, îl scoate şi-i salvează viaţa. El merge ce merge, vede cum alt om e pe cale să se înece şi îl scapă şi pe acesta. Mergând mai departe, cineva de pe mal îl strigă: "Hei, unde mergi? Nu vezi că mai este un om care se îneacă?" La aceasta, omul nostru răspunde: "Merg sus spre izvoare să văd cine îi aruncă pe aceşti oameni în apă!".

Prevenirea trebuie să devină obiectivul major al eforturilor serviciilor de sănătate mintală şi învăţarea deprinderilor psihologice de a face faţă vieţii reprezintă un mare pas înainte (*Albee, 1982*).

Clack (1975) scria că această abordare tinde să întărească autodeterminarea individului. Dacă oamenii pot fi învăţaţi să ia decizii în mod independent, să se bazeze în primul rând pe ei înşişi, ne vom îndrepta spre ceea ce putem numi o societate psihosuficientă.

Pentru a ilustra orientarea psihoeducaţională în psihoterapie vom prezenta antrenamentul deprinderilor multiple al lui Gazda (1984).

Conform acestui model, odată ce deficienţele, cât şi deprinderile care trebuie să stea la baza depăşirii lor sunt identificate, clientul intră într-unul sau mai multe grupuri în care aceste deprinderi de a face faţă

stresului sunt învăţate. Obiectivele diferitelor grupuri de antrenament sunt foarte diferite, ca de pildă: dezvoltarea deprinderilor de comunicare interpersonală, de menţinere a formei fizice, de păstrare a sănătăţii, deprinderi de stabilire a unor obiective şi scopuri de viaţă, deprinderi de alegerea partenerului, de stabilire a unor relaţii corespunzătoare în familie etc.

De regulă, persoanele care se adresează unor cabinete sau spitale de psihiatrie sunt rareori deficitare doar într-un singur domeniu al vieţii, acestora lipsindu-le deprinderi corecte de viaţă în multe domenii.

Programul de antrenare a deprinderilor multiple a fost pus la punct în cadrul departamentului de psihiatrie al Centrului Medical al Veteranilor din Augusta, Georgia (S.U.A.).

Singurul criteriu după care sunt eliminaţi pacienţii este prezenţa unor afecţiuni organice severe cât şi absenţa contactului cu realitatea (schizofrenii deliranţi, de pildă).

În prima etapă pacienţii sunt supuşi unor programe de testare pentru a se stabili ce tipuri de programe le sunt indicate. În cadrul interviului, pacienţii sunt încurajaţi să vorbească despre problemele lor şi apoi li se prezintă diverse programe de antrenament, ei fiind solicitaţi să-şi asume în mod activ responsabilitatea pentru alegerea unui program sau a altuia.

Grupurile de antrenare a deprinderilor de viaţă sunt următoarele:

1. Dezvoltarea deprinderilor de comunicare interpersonală.
2. Forma fizică. Menţinerea unei bune stări de sănătate.
3. Deprinderi de stabilire a unor scopuri în viaţă.
4. Deprinderi de a rezolva problemele de viaţă.
5. Grup de sfat vocaţional.
6. Grup pentru formarea unor deprinderi de loisir.

În cadrul fiecărui grup tematic se pot face diverse opţiuni ca de pildă învăţarea relaxării ca o subcomponentă a grupului pentru menţinerea formei fizice, sau antrenamentul autoasertiv ca o subcomponentă a programului referitor la dezvoltarea deprinderilor de comunicare.

Fiecare program de dezvoltare a deprinderilor de viaţă durează aproximativ două ore pe zi, timp de 4-5 zile pe săptămână.

Programul în totalitate durează 2-3 săptămâni pe parcursul cărora se realizează frecvente evaluări ale progresului obținut, pe baza unor chestionare și scale de autoapreciere a stării.

Prezentare de caz (după Gazda, 1984):

John este un tânăr american, alb, în vârstă de 32 de ani, veteran al războiului din Vietnam. Acesta a fost adus la cabinet de către soția sa deoarece a manifestat un comportament depresiv cu tentativă de suicid prin ingestie voluntară de medicamente după pierderea serviciului. Soția relatează faptul că John a avut câteva episoade când a abuzat de alcool și că a fost concediat datorită alcoolismului.

John este aobsolvent de învățământ mediu. După eliberarea din armată s-a înscris la o școală postliceală serală de profil tehnic pe care însă a abandonat-o după ce s-a căsătorit. John relatează că a făcut o mare greșeală că a renunțat la școală, el trăind cu ideea că nu mai are de ales și că trebuie să accepte orice loc de muncă. Pacientul se prezintă pe sine ca pe un singuratic (are puțini prieteni și nici un prieten foarte apropiat). El este nevoit să se bazeze pe soție pentru a fi ocrotit și chiar pentru a fi susținut financiar atunci când nu avea serviciu. (Soția lucra la un cabinet de cosmetică). Au doi copii, o fetiță de 8 ani și un băiețel de 7 ani.

John afirmă că își găsea refugiu față de problemele sale în băutură, de care s-a apucat pe front în Vietnam. În timpul serviciului militar a utilizat sporadic și alte droguri. Ideea care îl stăpânește pe John este că nu a obținut nici un progres în viață. "Timpul trece, eu îmbătrânesc și nu ajung nicăieri. Timpul trece pe lângă mine."

După interviurile inițiale, John a optat pentru programele:

- *Stabilirea scopurilor de viață.*
- *Dezvoltarea deprinderilor de comunicare interpersonală.*
- *Program de orientare vocațională.*

El a fost introdus și în grupul pentru rezolvarea problemelor legate de alcoolism.

John împreună cu psihoterapeutul său au identificat existența următoarelor deprinderi deficitare de viață:

1. În domeniul comunicării interpersonale: are dificultăți să inițieze o conversație și să vorbească despre problemele sale, este singuratic și non-asertiv (nu este capabil să-și impună punctul de vedere).

2. În domeniul obiectivelor existențiale: este lipsit de scopuri și de sens al existenței; a încercat să se sinucidă pentru că se consideră un ratat fără speranță.

3. În domeniul profesional: nu și-a dus la bun sfârșit planurile de realizare a unei cariere; ruta profesională este plină de "pete albe", pacientul fiind frecvent fără serviciu.

4. Forma fizică. Menținerea sănătății. Abuz de alcool. Regim alimentar neadecvat. Nu are deprinderi corecte de exercițiu fizic.

5. Timpul liber: Foarte puține hobby-uri sau activități recreative. De cele mai multe ori își petrece timpul liber la restaurant sau la bar.

6. Rezolvarea problemelor de viață: utilizează o strategie comportamentală de tip defensiv, strategie ce implică frecvent abuzul de alcool.

7. Domeniul relațiilor de familie: își resimte dureros dependența față de soție; adesea se simte neadecvat ca tată.

În ceea ce privește partea pozitivă, pe care se va sprijini programul de psihoterapie, se pot spune următoarele:

- *John are o inteligență de nivel cel puțin mediu;*
- *dorește să fie ajutat pentru rezolvarea problemelor sale;*
- *are o soție dispusă să-l ajute;*
- *nu așteaptă să fie susținut de stat;*
- *se află la prima internare într-o secție de psihiatrie.*

John a rămas internat în clinică timp de cinci săptămâni. El a participat timp de două săptămâni la următoarele programe: stabilirea unor scopuri de viață, dezvoltarea deprinderilor de comunicare interpersonală și sfat vocațional. În același timp el a participat și la grupul pentru problemele alcoolismului. S-a decis, de comun acord, ca John să mai rămână în clinică încă două săptămâni. După ce a parcurs primele trei programe de dezvoltare a deprinderilor de viață, John s-a oferit să mai participe la alte trei programe: petrecerea timpului liber, rezolvarea problemelor de viață și programul de menținere a stării de sănătate și a formei fizice, el continuând să participe și la programul pentru problemele alcoolismului. La externare el a acceptat să se adreseze la cabinetul teritorial pentru probleme de consiliere în probleme de familie. Progresele realizate de pacient sunt următoarele:

1. În domeniul comunicării interpersonale: a devenit capabil să-și dezvăluie sentimentele și să comunice în mod concret; se simte în

largul său atunci când inițiază o conversație; a devenit mai asertiv în urmărirea scopurilor sale și în exprimarea opiniilor personale.

2. În domeniul scopurilor de viață: participarea la grupul respectiv l-a învățat să găsească sensuri profunde atât în lucrurile pozitive cât și în cele negative care se întâmplă în viață. Pacientul a decis să frecventeze cu regularitate serviciul religios și a avut mai multe discuții cu pastorul.

3. În domeniul vocațional: a căpătat interes pentru completarea unor inventare vocaționale, căutând să se edifice asupra intereselor sale profesionale. A fost admis la o școală serală pentru completarea studiilor.

4. În domeniul formei fizice și menținerii sănătății: a început să practice alergarea și exerciții de gimnastică. Și-a modificat regimul alimentar: nu mai abuzează de dulciuri, băuturi alcoolice și alimente sintetice.

5. În domeniul petrecerii timpului liber: a început să citească literatură de popularizare în domeniul mecanicii; lucra cu plăcere în grădina spitalului și și-a propus ca la externare să se ocupe de grădinărit și acasă.

6. În domeniul rezolvării de probleme: a utilizat cunoștințele și deprinderile de rezolvare a problemelor pentru a lua singur decizii. Decide să reia învățământul seral și să consulte un consilier specializat în sfat marital la externare.

În elaborarea sistemului său psihoterapeutic și formativ, autorul a fost influențat de ideile lui Erick Erikson (1950; 1953), J. Havighurst (1953; 1992) și Super (1963). Acești autori sunt de părere că dezvoltarea normală se desfășoară de la simplu la complex, ea fiind logică, ordonată, previzibilă la diferite nivele de vârstă. Progresul de la o etapă de dezvoltare la alta a subiectului depinde de gradul de stăpânire a unor sarcini specifice respectivului nivel de dezvoltare. Pornind de la aceste studii, lui Gazda (1984) i-a venit ideea să pună în evidență și să sintetizeze deprinderile de viață corespunzătoare nivelului de dezvoltare al unui individ normal. Autorul este de părere că măsurile de psihoprofilaxie au efecte mai bune dacă deficiențele găsite la nivelul deprinderilor de viață pot fi formulate cu precizie. Aceste deprinderi

de a face față vieții se referă la aspectele psihosociale și vocaționale, la parametrii dezvoltării fizice și sexuale, la gradul de dezvoltare cognitivă, la nivelul de maturizare al conduitei morale, cât și la dezvoltarea psihoafectivă și la maturizarea ego-ului. Din analiza acestor direcții de dezvoltare a personalității pot fi extrase așa-zisele deprinderi de viață, care sunt direct legate de îndeplinirea cu succes a diverselor sarcini corespunzătoare vârstei și stadiului de dezvoltare în care se află individul. Eșecul în asimilarea unor deprinderi de viață corespunzătoare unui anumit nivel de evoluție poate genera "paternuri" comportamentale dezadaptative care se pot transforma în simptome.

La început Gazda (1984) a lucrat doar cu unele programe de dezvoltare a deprinderilor de comunicare, el convingându-se treptat că subiecții aflați în impas trebuie abordați din mai multe direcții, deoarece rareori o persoană are lacune în ceea ce privește deprinderile de viață doar într-un singur domeniu al existenței. Așa s-a născut modelul "antrenament de dezvoltare a deprinderilor multiple".

Oamenii ating nivelul optim de funcționare atunci când stăpânesc la nivel operațional deprinderile fundamentale de a face față cerințelor vieții. Nevrozele și tulburările funcționale apar datorită deficitului dezvoltării unor asemenea deprinderi. De regulă, subiecții sunt capabili să identifice, sub îndrumarea psihoterapeutului, zona în care deprinderile lor de viață sunt deficitare.

Deprinderile de viață corecte se pot învăța ușor în cadrul unor grupe mici de lucru - cu 6 până la 12 cursanți - procesul având ca bază teoretică un eclectism de tip empiric. În cadrul acestor grupuri subiecții exersează, sub forma jocului de rol, noi comportamente și primesc informații de tip feed-back de la ceilalți participanți. Se dau, de asemenea, sarcini pentru acasă, în ședința următoare subiecții relatând ce au făcut.

Etapele învățării unei deprinderi de comportament sunt următoarele (*Gazda, 1984*):

Etapa I - Antrenarea deprinderilor de viață specifice:

1. Prezentarea de tip didactic a motivelor care stau la baza unui comportament corect. Descrierea comportamentului respectiv.

2. Modelarea sau demonstrarea comportamentului sau răspunsului care se aşteaptă de la subiect. Se arată **cum** se procedează.

3. Practicarea de către cursanți a deprinderii respective.

4. Aplicații ale noii deprinderi la viața cotidiană (temă pentru acasă).

5. Autoevaluarea şi evaluarea de către membrii grupului a deprinderii nou formate - faza de feed-back.

6. Cursanții se asistă unii pe alții în exersarea deprinderii de viață.

Etapa a II-a - Asumarea rolului de coterapeut împreună cu un terapeut cu experiență (o pot face membrii echipei medicale, dar şi cursanți care au parcurs toate etapele).

Etapa a III-a - Antrenarea unor grupuri cu supervizarea unui expert.

Etapa a IV-a - Asumarea rolului de terapeut independent.

Etapele II-IV se referă la progresul unui subiect de la statutul de cursant la cel de antrenor-terapeut.

Această abordare psihoterapeutică este foarte bine exprimată de Brown (1980) care spunea că multe probleme pe care le considerăm ca făcând parte din sfera comportamentului anormal sau a "tulburărilor emoționale" pot fi privite ca fiind comportamente ineficiente cu consecințele lor, când subiectul nu este capabil să rezolve anumite situații de viață şi în încercările sale nereuşite de a le rezolva se produc efecte nefavorabile care au drept consecință anxietatea, depresia şi apariția unor probleme.

O abordare terapeutică asemănătoare găsim în sistemul lui Lazarus (1975) denumit "Terapie comportamentală multimodală", pe care autorul său o defineşte ca pe un proces sistematic de rezolvare de probleme "care are drept obiectiv examinarea şi, dacă este necesar, remedierea unor răspunsuri dezadaptative vizând şase direcții separate, dar aflate în interacțiune: comportamentul, viața afectivă, sensibilitatea, imaginația, cogniția şi domeniul relațiilor interpersonale."

Modelul oferit de Gazda este nu numai psihoterapeutic, ci şi preventiv, elemente ale acestuia putând fi aplicate în scop psihoprofilactic în cadrul unor programe educaționale şcolare.

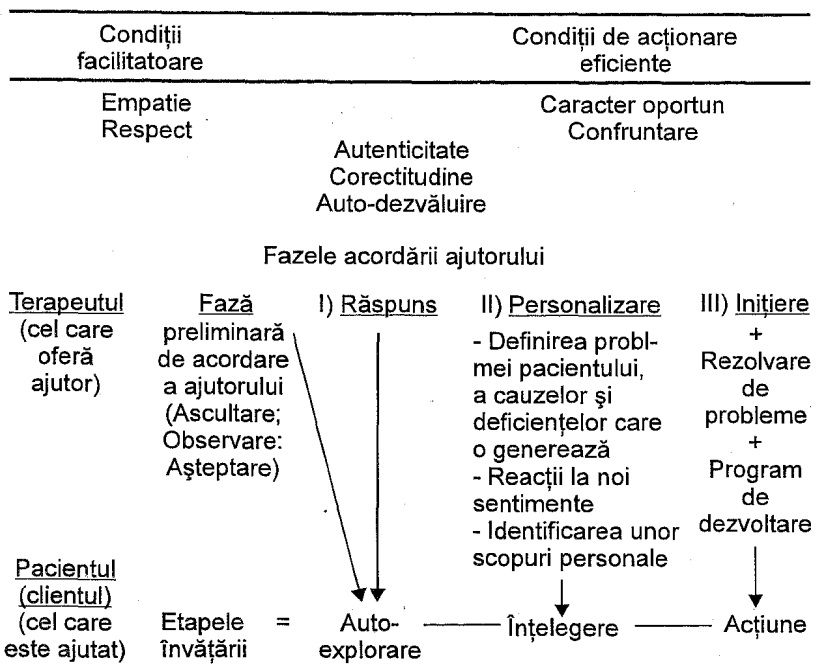
➤ Orientarea psihoeducațională în formarea terapeuților şi consilierilor

Ilustrativ este modelul "dezvoltării resurselor umane" care a fost conceput de Carkhuff la începutul anilor '60, el fiind apoi introdus în majoritatea programelor de dezvoltare a deprinderilor de a-i ajuta pe alții, a deprinderilor de a deveni educatori şi terapeuți eficienți *(Cash, 1984)*.

Alte programe sistematice de dezvoltare a relațiilor interumane aparțin lui Truanx şi Carkhuff (1967).

Autorii acestora şi-au pus problema care ar fi aspectele relației interpersonale pacient - psihoterapeut care să conducă în mod efectiv la modificări semnificative ale comportamentului.

Carkhuff şi Truax (1967) s-au oprit mai ales asupra aspectelor esențiale ale relației de ajutorare a celuilalt, subliniate de Rogers şi anume înțelegerea empatică, abordarea pozitivă necondiționată a pacientului şi autenticitatea relației cu acesta. Cercetările ulterioare au



adăugat la aceste condiţii şi concretitudinea, oportunitatea şi caracterul direct al relaţiei psihoterapeutice (*Carkhuff, 1969 a; 1969 b*). Cu timpul în programele de formare a psihoterapeuţilor a fost inclusă şi abilitatea de a rezolva probleme de viaţă.

În anul 1974 programul de dezvoltare a relaţiilor interpersonale pacient - psihoterapeut a fost pus la punct sub aspectul conceptual şi este prezentat schematic (vezi pag. 273).

Acest model a adus o contribuţie însemnată la demitizarea psihoterapiei şi a figurii legendare a psihoterapeutului. Definirea operaţională şi formalizarea însuşirii deprinderilor de a ajuta pe alţii îi înarmează pe cei care doresc să ajute cu o strategie cognitivă care poate fi utilizată în cadrul relaţiei interpersonale pacient - terapeut.

Un alt avantaj al modelului de dezvoltare a resurselor umane constă în aceea că permite unor psihoterapeuţi de orientări diferite să-şi plaseze metodele personale de a ajuta în cadrul modelului descris mai sus.

Programul propriu-zis de formare a deprinderilor de a ajuta pe alţii cuprinde 45 de ore în cadrul cărora se predau şi se exersează aşa-numitele "deprinderi de ajutor psihologic" (*helping-skills*).

Bibliografie selectivă

1. **Bernard, E. (eds).** Using Rationale Emotive Therapy Effectively. A Practioner's Guide. *Plenum Press, New York, London, 1991.*
2. **Casament, P.** On Learning from the Patient Tavistock - *Routledge, Sec. ed. 1992.*
3. **Coleman, J. C;** Butcher, J. N. Carson, R. C. Abnormal Psychology and Modern Life *Scott Foresman Comp. Glenview, Illinois, London, 1984.*
4. **Corsini R. J**: Cardone, S. Role-playing in Psychoterapy. *Aldine Publish. Comp Chicago, Third. ed. 1975.*
5. **Gazda G. M.** Multiple Impact Training: A Life Skills Approach in **Lorson D (Eds).** Teaching Psychological Skills. *Brooks Cole, Publishing Comp. Monterey, California.*
6. **Grieger, R. M.** Keys to Effective RET. in Bernard, E (eds). Using Rationale Emotive Therapy Effectively; a Practitioner's Guide *Plenum Press, New York, London, 1991.*
7. **Handley, R; Neff, Pauline**. Anxiety und Panic Attacks. Their cause and cure. The Five Life Plus Program for Conquering Fear. *Fawcett Crest, Ballantine Book, New York, 1985.*
8. **Hawton K; Salkovskis, P.M. Kirk, J; Clark, D.** Cognitive Behavior Therapy for Psychiatric Problems. A Practical Guide. *Oxford Medical Publications, Oxford Univ. Press, 1989.*
9. **Holdevici, Irina; Vasilescu I.P.** Activitate Sportivă: Decizie, Autoreglare, Performanţă, *Edit. Sport-Turism, Bucureşti, 1987.*
10. **Holdevici, Irina, Vasilescu I. P.** Psihoterapia - un tratament fără medicamente, *Edit. Ceres, Bucureşti, 1993.*
11. **Ionescu, G.** Psihoterapia, *Ed. Ştiinţifică, Bucureşti, 1990.*
12. **Ivey, A. E; Simek - Downing, L.** Counseling and Psychoterapy: Skills, Theories and Practice. *Prentice - Hall, Inc. Englewood Cliffs, New Jersey, 1980.*

13. **Larson, D. (eds)** Teaching Psychological Skills. A Model for Giving Psychology Away. *Brooks - Cole, Publishing Comp Monterey, California, 1984.*

14. **Lazarus, R.** Patterns of Adjustment. *Mc Graw Hill Book Camp. New York, San Francisco Washington, London, Jossey Bass, 1984.*

15. **Madanes, Cloé.** Strategie Family Therapy *Jossey - Bass Publishers San Francisco, Washington, London, 1981.*

16. **Rogers C.R.** Client Centred Therapy; Its Current Practice, Implications and Theory (with special chapters by Elaine Dorfman, Thomas Gordon and Nicholas Hobbs), *Constable, London 1992.*

17. **Rutter, R.** Helping Frowbled Children. *Penguin Book, Third Ed. 1990.*

18. **Walter, J. L; Walter, Jane**, Becoming Solution Focused in Brief Therapy, *Bruner Mazel Publishers, New York, 1992.*

ALL

Grupul Editorial ALL

Tel.: 413.11.58 - 413.43.21- 413.18.50 - 413.16.12 - 413.07.15 - 413.07.20
Fax: 413.05.40 - Fax Distribuție: 413.03.29

Nu se timbrează!
CORESPONDENȚĂ RĂSPUNS
C.R.
SE TAXEAZĂ LA DESTINAȚIE

Talon de comandă

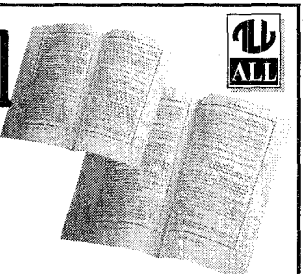
Trimiteți talonul de comandă, completat conform dorinței dumneavoastră, pe adresa Grupului Editorial ALL: București, O.P. 12, C.P. 107, beneficiind de o reducere de 10% din prețul cărților pe care vi le oferim.

EXPEDITOR

Nume _____
Adresă _____
_____
Telefon contact _____
Profesie _____
Cod client _____

DESTINATAR
Grupul Editorial ALL
Bucureşti
O.P.12, C.P. 107

Folosiți serviciul Cartea prin Poștă!



Noi vă aducem cărțile acasă!

Menționați domeniile pentru care doriți să primiți, GRATUIT, catalogul semestrial

☐ DREPT
☐ ECONOMIE
☐ ȘTIINȚE UMANISTE
☐ BELETRISTICĂ
☐ ȘTIINȚE EXACTE
☐ INFORMATICĂ
☐ MEDICINĂ
☐ ÎNVĂȚĂMÂNT
☐ DIVERSE

Plata se va face ramburs, la primirea coletului poștal. Taxele poștale de expediție sunt suportate de editură.
PENTRU COMENZI MAI MARI DE 10 EXEMPLARE, CUMULAT, BENEFICIAȚI DE O REDUCERE DE PREȚ DE 20%.

Nr. crt.	Titlu / Autor	Preț	Nr. ex.
1	600 DE TESTE PENTRU CONCURSUL DE REZIDENȚIAT Dinu Constantin Nodiț, Laurenția Mirică	14900 lei	
2	777 ÎNTREBĂRI DE ACUPUNCTURĂ Teodor Caba, Teodora Caba	19900 lei	
3	AFECȚIUNILE BUCO-DENTARE ȘI SARCINA Henriette Panaite, Petrache Vârtej, Memet Gafar	19900 lei	
4	ANESTEZIA SUBARAHNOIDIANĂ ȘI PERIDURALĂ Ion Cristea	17900 lei	
5	ATLAS DE ANATOMIE LA PATUL BOLNAVULUI Nicolae M. Constantinescu	19900 lei	
6	ATLAS DE ANATOMIE WINTERTHUR Karl-Josef Moll, Michaela Moll	74900 lei	
7	CHIMIE FARMACEUTICĂ - vol. I - Gheorghe Dănilă	24900 lei	
8	COMPENDIU DE ELECTROCARDIOGRAFIE CLINICĂ Eugen D. Popescu	5980 lei	
9	COPILUL CU ASTM. SĂ-L ÎNȚELEGEM ȘI SĂ-L AJUTĂM - Mihail Stoenescu	9900 lei	
10	DEPRESII. NOI PERSPECTIVE Radu Vraşti, Martin Eisemann ş.a.	19900 lei	
11	DIAREI ACUTE INFECȚIOASE Ileana Rebedea, Irina Rebedea	24900 lei	
12	EXPLORAREA ULTRASONICĂ A SISTEMULUI VASCULAR CERVICO-CEREBRAL - Andrei Nistorescu	19900 lei	
13	FARMACOLOGIE -Valentin Stroescu	44900 lei	
14	FIZIOLOGIE ȘI FIZIOPATOLOGIE ENERGETICĂ CHINEZĂ - Marius-Theodor Caba	24900 lei	
15	FUNDAMENTELE BIOFIZICII MEDICALE - vol. I Aurel Popescu	11900 lei	
16	GINECOLOGIE - Petrache Vârtej	69900 lei	
17	IMUNOLOGIA ÎN TEORIA ȘI PRACTICA MEDICINEI - vol. I - Dan Perețianu, Marcel Saragea ş.a.	99900 lei	
18	ISTORIA MEDICINEI - Radu Iftimovici	24900 lei	
19	ÎNDREPTAR PENTRU PRESCRIEREA MEDICAMENTELOR - Valentin Stroescu, Iosefina Corciovei-Constantinescu, Ion Fulga, Rodica Ciubotaru	11900 lei	
20	ÎNGRIJIREA SUGARULUI ȘI COPILULUI DE DR. SPOCK - Benjamin Spock, Michael B. Rothenberg	49900 lei	
21	MANUAL DE MEDICINĂ INTERNĂ PENTRU CADRE MEDII - Corneliu Borundel ş.a.	149900 lei	
22	MEDICAMENTE MODERNE DE SINTEZĂ Gheorghe Dănilă	19900 lei	
23	METODOLOGIA PROBEI CLINICE DE CONCURS Mircea Geormăneanu, Dumitru Oltean, Alexandru Prişcu, Ştefan Şuteanu	24900 lei	

Grupul Editorial ALL

Nu se timbrează! CORESPONDENȚĂ RĂSPUNS C.R. SE TAXEAZĂ LA DESTINAȚIE

Tel.: 413.11.58 - 413.43.21- 413.18.50 - 413.16.12 - 413.07.15 - 413.07.20
Fax: 413.05.40 - Fax Distribuție: 413.03.29

Talon de comandă

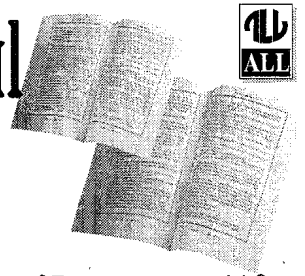
Trimiteți talonul de comandă, completat conform dorinței dumneavoastră, pe adresa Grupului Editorial ALL: București, O.P. 12, C.P. 107, beneficiind de o reducere de 10% din prețul cărților pe care vi le oferim.

EXPEDITOR

Nume _____
Adresă _____
_____
Telefon contact _____
Profesie _____
Cod client _____

DESTINATAR
Grupul Editorial ALL
București
O.P.12, C.P. 107

Folosiți serviciul Cartea prin Poștă!



Noi vă aducem cărțile acasă!

Menționați domeniile pentru care doriți să primiți, GRATUIT, catalogul semestrial

☐ DREPT ☐ ECONOMIE ☐ ȘTIINȚE UMANISTE
☐ BELETRISTICĂ ☐ ȘTIINȚE EXACTE ☐ INFORMATICĂ
☐ MEDICINĂ ☐ ÎNVĂȚĂMÂNT ☐ DIVERSE

Plata se va face ramburs, la primirea coletului poștal. Taxele poștale de expediție sunt suportate de editură.
PENTRU COMENZI MAI MARI DE 10 EXEMPLARE, CUMULAT, BENEFICIAȚI DE O REDUCERE DE PREȚ DE 20%.

Nr. crt.	Titlu / Autor	Preţ	Nr. ex.
1	MICĂ ENCICLOPEDIE DE BALNEOCLIMATOLOGIE A ROMÂNIEI - Elena Berlescu	14900 lei	
2	MIC DICŢIONAR DE MEDICAMENTE Valentin Stroescu	6950 lei	
3	MIC DICŢIONAR MEDICAL ROMÂN-FRANCEZ Ileana Constantinescu, Gheorghe Godeanu,	8900 lei	
4	MICROSISTEME, TIMPI OPTIMI ŞI PUNCTE EXTRAMERIDIAN ÎN ACUPUNCTURĂ Valentin Tureanu, Luminiţa Tureanu	1500 lei	
5	OBSTETRICĂ FIZIOLOGICĂ ŞI PATOLOGICĂ Petrache Vârtej ş. a.	99900 lei	
6	RITMURI CARDIACE PRIN MECANISM RECIPROC Alexandru Drafta	4500 lei	
7	SĂNĂTATE PUBLICĂ ŞI MANAGEMENT SANITAR Dan Enăchescu, Mihai Gr. Marcu	9900 lei	
8	SIDA. TRECEREA OPRITĂ (... INDIVIDUL, COLECTIVITATEA ŞI HIV) - Sorin Petrea	20000 lei	
9	TESTE ŞI SINTEZE DE BIOLOGIE CELULARĂ ŞI MOLECULARĂ, HISTOLOGIE GENERALĂ ŞI SPECIALĂ, PARAZITOLOGIE MEDICALĂ Ion Gherman	14900 lei	
10	TRATAT DE MEDICINĂ LEGALĂ ODONTO-STOMATOLOGICĂ Virgil-Tiberiu Dragomirescu	broşată 19900 lei legată 24900 lei	
11	ANIMALE DE LABORATOR Elena Ciudin, Dan Marinescu	24900 lei	
12	BAZELE PATOLOGIEI MEDICALE A ANIMALELOR - Sabin Ghergariu	vol. I 24900 lei vol. II 24900 lei	
13	COMPENDIU DE URGENŢE MEDICALE, CHIRURGICALE ŞI OBSTETRICĂ - GINECOLOGIE LA ANIMALE Sabin Ghergariu, Vladimir Căpăţână, Traian Enache	79900 lei	
14	ETIOMORFOPATOLOGIE VETERINARĂ - vol. I Ioan Paul	49900 lei	
15	FAUNA DE INTERES MEDICAL Ioan Năstoiu	1500 lei	
16	MEDICINA LEGALĂ VETERINARĂ - vol. I Traian Enache, Ioan Paul, Ovidiu Popescu, Vasile Stănescu, Ion Iordache	129900 lei	
17	MEDICINA LEGALĂ VETERINARĂ - vol. II Traian Enache, Ovidiu Popescu,	74900 lei	

ÎN CURÂND

GHID CLINIC DE CHIRURGIE • GHID CLINIC DE TERAPIE INTENSIVĂ
GHID CLINIC DE PEDIATRIE

Asimilabile unor adevărate *concentrate* de date practice şi tehnici de lucru, esenţiale în cadrul activităţii de secţie, ghidurile clinice cuprind informaţii concrete şi folositoare, de diagnoză şi terapie, sugestii şi indicaţii practice pentru evitarea erorilor, însoţindu-l pe medicul practicant asemeni unei *logistici de buzunar*.

ÎN CURÂND

GABRIELA SZILAGYI
Bibliotecă Personală